

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

439

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 juin 1898, à 1 heure

PAR

P. ROBIN MASSÉ

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

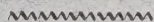
DE

L'HÉPATOPTOSE TOTALE

(Procédé de Péan)

Président : M. TILLAUX, professeur

Juges { MM. POUCHET, professeur
RICARD } *agregés*
RÉMY }



PARIS

ALEXANDRE GAUTHERIN, IMPRIMEUR

131, rue de Vaugirard, 131

1898

439



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 juin 1898, à 1 heure

PAR

P. ROBIN MASSÉ

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'HÉPATOPTOSE TOTALE

(Procédé de Péan)

Président : M. TILLAUX, professeur

Juges { *MM. POUCHET, professeur*
RICARD
RÉMY } *agregés*



PARIS

ALEXANDRE GAUTHERIN, IMPRIMEUR

131, rue de Vaugirard, 131

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	NELATON.	THIERRY
ANDRE.	GILLES de la TOURETTE	NETTER.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	VARNIER.
BROCA.	LEJARS.	REMY	WALTHER.
CHARBIN.	LETULLE.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	MARFAN.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon grand-père
Jean-Gabriel ROBIN MASSÉ

Docteur en Médecine
Membre fondateur de la Société Géologique de France

A la mémoire de mon maître vénéré
Jules-Émile PÉAN

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien honoraire des hôpitaux, Fondateur de l'Hôpital international

A mes Parents, à mes Amis

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique chirurgicale

AVANT-PROPOS

C'est un usage qu'une longue tradition a consacré, d'offrir à ses maîtres, à la fin de ses études, un légitime tribut de reconnaissance pour l'enseignement qu'on a reçu d'eux.

Il y a quelques mois à peine, j'aurais eu grande joie à saisir cette occasion pour exprimer à mon maître vénéré, le Dr Péan, ma profonde gratitude pour tout ce qu'il avait fait pour moi. C'est auprès de lui, en effet, que j'ai fait presque toute mon éducation chirurgicale. Pendant les sept années que j'ai passées près de lui, à l'hôpital Saint-Louis d'abord où il me confia la rédaction de ses cliniques du samedi pendant les années 1891-1892, à l'hôpital International ensuite, depuis la fondation jusqu'en 1895, puis dans sa clientèle de ville, où je l'assistai jusqu'à sa maladie, il n'est pas une matinée qui n'ait été d'un précieux enseignement. Il ne m'appartient pas de rappeler ses grandes qualités de clinicien et d'opérateur admirées par tous ceux qui l'ont vu. L'éloge que j'en pourrais faire, n'ajouterait rien à sa gloire. Ce que je puis dire, parce que je l'ai vu mieux que beaucoup, l'ayant approché davantage, c'est sa douceur vis-à-vis des malades, son soin à ne leur montrer qu'un visage souriant, à écarter de leur esprit toute préoccupation concernant leur mal, à leur conserver un moral exempt d'inquiétudes. Je pourrais dire aussi, pour en avoir été maintes fois le témoin ou l'intermédiaire, ce qu'était sa charité pour ses opérés pauvres, que sa bienfaisance accompagnait chez eux, pendant leur convalescence, pour la parfaire et l'assurer.

J'ai essayé de recueillir de mon mieux les enseignements que prodiguait son immense expérience, servie par une mémoire sûre, très fidèle, quand il me dictait les considérations que lui suggéraient

les opérations de la veille. A le voir si robuste, je pensais pouvoir en profiter longtemps encore quand la maladie est venue nous l'enlever brusquement, non sans qu'il ait su nous donner en mourant, après l'exemple d'une vie toute remplie par le Travail et par le Bien, l'enseignement d'une fin grandiose.

Je ne puis dire ici ce que furent pour moi sa constante sollicitude et sa bonté toute paternelle, dont je garde un reconnaissant souvenir. Je serais heureux, s'il avait compris que j'avais pour lui une affection profonde et un dévouement filial.

.....

.....

Je n'aurais garde d'oublier ici ceux qui furent mes premiers maîtres.

M. le professeur Duret ;

M. le professeur Guérmonprez ;

M. le professeur Rogie ;

M. le professeur Baltus.

Je les remercie de tout l'intérêt qu'ils ont bien voulu me témoigner pendant que j'ai été leur élève et leur en exprime ici toute ma gratitude.

Je remercie M. le professeur Tillaux d'avoir daigné accepter la présidence de cette thèse, et le prie de me croire très reconnaissant de l'affabilité avec laquelle il a accueilli ma demande.

INTRODUCTION

L'hépatoptose est une affection qui a depuis quelques années attiré l'attention des chirurgiens. Les observations publiées depuis sept ans commencent à être assez nombreuses pour qu'on puisse juger les résultats et constater qu'en présence de foies luxés déterminant chez les malades des accidents aussi pénibles que ceux qui sont relatés à chaque observation, il y a autre chose et mieux à faire qu'à les laisser souffrir et se cachectiser quand le traitement médical est impuissant. Ayant assisté mon maître, M. Péan, dans deux de ses interventions pour hépatoptose totale et ayant suivi la première de ses malades que j'ai eu occasion de revoir plusieurs fois depuis deux ans, il m'a semblé intéressant de donner le résultat définitif de cette brillante intervention. J'ai comparé ce procédé aux procédés déjà publiés, non pas avec la prétention d'en faire la critique, mais avec l'idée plus modeste de faire de ce travail un exposé le moins incomplet possible des moyens dont le chirurgien dispose pour remédier à la ptose hépatique. J'ai fait précéder ce travail de quelques notions succinctes d'anatomie sur l'appareil suspenseur du foie, sur lequel la thèse de J.-L. Faure nous a amplement édifié. Dans un second chapitre, j'ai résumé les notions encore bien peu précises que nous possédons sur l'étiologie et la pathogénie du foie mobile. L'anatomie pathologique, bien peu connue encore, forme un troisième chapitre, après lequel j'aborde l'importante question du traitement chirurgical de l'hépatoptose totale. Je ne me suis pas occupé de l'hépatoptose partielle, lobules flottants. Il s'agit là d'une affection toute différente dont l'étiologie et la pathogénie n'ont rien de commun avec ce que M. Péan appelait volontiers la luxation du foie.

Pour ce travail, outre les observations publiées depuis la thèse de M. Faure et l'article de M. Segond, du *Traité de Chirurgie*, j'ai largement mis à contribution la savante revue sur la question publiée par MM. Terrier et Auvray dans la *Revue de Chirurgie*, au mois d'août dernier. Je me suis beaucoup servi également du chapitre sur l'hépatoptose et son traitement du tome IV des *Tumeurs de l'abdomen et du Bassin*, en cours de publication, dont peu de temps avant sa mort mon regretté maître avait corrigé les épreuves, qui ont été très aimablement mises à ma disposition par mon ami M. le Dr H. de Lambert, chargé de la publication, dont en outre la science bibliographique et le polyglottisme érudit m'ont été très précieux. Je l'en remercie bien cordialement. Si donc on trouve, dans les pages suivantes, quelque chose qui n'ait pas été dit, c'est là que je l'ai puisé, ainsi que dans mes souvenirs personnels des longues conversations que j'ai eues avec mon maître, au sujet de sa vaste pratique chirurgicale.

Anatomie

Le foie occupe presque tout l'hypocondre droit qu'il remplit, une bonne partie de l'épigastre et un peu de l'hypocondre gauche.

Pour la plupart des anatomistes modernes, le foie était soutenu au-dessous du diaphragme par des replis péritonéaux lui servant de ligaments. On s'étonnait bien un peu que ces replis « minces et transparents » (1) fussent capables de supporter sa masse; mais, pensait-on, le foie n'est pas seulement suspendu au diaphragme par ses ligaments, il est soutenu également dans sa position par « l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle et le côlon qui lui forment une sorte de coussinet » (2).

Déjà pourtant, J. Cruveilhier, lui avait reconnu trois moyens de soutien : 1° les ligaments; 2° l'intestin coussinet; 3° la veine cave inférieure « qui lui adhère intimement » (3). Ce rôle de la veine cave qu'il semble avoir vu, avait été peu remarqué : on y avait peu insisté; plusieurs auteurs classiques ne la nomment même pas; puis Jonnesco (4), Landau (5), et surtout Faure, dans sa thèse, ont montré l'importance de cet organe dans les moyens de fixation du foie : importance qu'elle doit à son adhérence intime au tissu hépatique, d'une part, à ses attaches puissantes avec le dia-

(1) Richet : *Anat. méd. chir.*, p. 805. tome IV.

(2) Sappey : *Traité d'anat. descript.*, p. 280.

(3) J. Cruveilhier : *Anat. descript.*, 2^e édit., Paris, 1843, t. III., p. 366.

(4) Jonnesco : *Anat. top. du duodénum*. Paris, 1889. p. 85.

(5) Landau : *Die Wanderteile, und der Hangebauch der Frauen*. Berlin, 1885

phragme avec lequel, elle « s'unit en quelque sorte par fusion de tissus ainsi qu'avec le feuillet fibreux du péricarde (1), d'autre part. »

Les replis péritonéaux qui forment les ligaments du foie sont au nombre de deux principaux. Le *ligament suspenseur* proprement dit, et le *ligament coronaire* auquel sont rattachés deux petits ligaments latéraux, les *ligaments triangulaires*.

Le *ligament suspenseur*, ou *grande faux du péritoine*, ou *faux de la veine ombilicale* a une direction étendue de l'ombilic au bord antérieur du foie. Au niveau du bord, il se divise en deux parties, l'une accompagnant la veine ombilicale, à laquelle il sert de méso, l'autre s'insérant d'une part sur la voûte diaphragmatique suivant une ligne courbe, concave à gauche, d'autre part sur la face convexe du foie. Il est à remarquer que la ligne d'insertion supérieure étant à peu près médiane, la ligne d'insertion hépatique, est très reportée à droite, de sorte que le plan qui contient le ligament est très oblique en arrière et à droite, disposition peu propre à lui donner un rôle important dans la suspension hépatique.

Le *ligament coronaire*, pour J.-L. Faure (2), est le véritable ligament suspenseur, moins par les deux feuillets péritonéaux qui le composent et qui, au lieu d'être adossés l'un à l'autre comme les feuillets du ligament large et du mésentère, sont au contraire largement écartés sur la plus grande partie de leur parcours, que par le tissu cellulaire et les nombreux vaisseaux qu'il contient. Sa direction générale est transversale, il est interposé entre le foie et le diaphragme, un de ses feuillets s'insérant sur la face supérieure de la glande, l'autre sur la face inférieure. La distance entre les deux insertions estimée par Sappey (3), à 8 à 10 millimètres,

(1) J. Cruveilhier : *Loc. cit.*

(2) J.-L. Faure : *Appareil suspenseur du foie : hépatoptose et hépatopexie*, 2^e éd. Paris, 1892, p. 18.

(3) Sappey : *Loc. cit.*, p. 281.

serait fréquemment pour Faure (1) de 3 à 10 et même 12 centimètres.

Ce sont les feuillets de ce ligament qui, en se rejoignant et s'adossant l'un à l'autre aux extrémités, forment les *ligaments triangulaires* ou *latéraux*. A droite, ou le foie remplit tout l'hypocondre et est en contact intime et permanent avec le diaphragme, il manque souvent. A gauche, il est constant, toujours beaucoup plus important, dit Faure, « formant un triangle isocèle à base verticale, correspondant au bord libre, à sommet dirigé à droite, à côtés égaux, doubles de la base, l'un supérieur s'attachant au diaphragme, l'autre inférieur, se fixant sur le foie ». Cette ligne d'insertion hépatique est parallèle au bord postérieur du foie et située à un centimètre et demi de ce bord.

Les quelques notions d'anatomie qui précèdent, suffisent malgré leur brièveté pour rappeler dans leurs grandes lignes la direction et le mode d'insertion des ligaments péritonéaux. Elles nous aideront à comprendre comment se comporte un foie qui abandonne sa loge, et quel est le mécanisme de sa chute.

(1) Faure : *Loc. cit.* p. 29.

Étiologie. Pathogénie

L'histoire de l'hépatoptose ou luxation du foie, comme l'appelait volontiers Péan, est de date relativement récente. A la vérité, depuis que Faure, dans la thèse de 1892, a publié l'observation de Laurent Heister (1754), texte et dessins, nous savons que dès le milieu du dernier siècle, un foie prolabé avait été reconnu. Mais il faut en venir à Cantani (1866), pour trouver la deuxième observation, après plus de cent ans de silence sur cette question. Depuis, à la vérité, avant même que le perfectionnement des méthodes opératoires et l'avènement de l'antisepsie, eussent permis aux chirurgiens d'en tenter le traitement, presque chaque année voit paraître la publication d'un cas nouveau; comme ceux de Romulo Piatelli (1868), Meissner (1869), Barbarotta (1870), etc. Quelques-unes, plus intéressantes par les considérations qui les accompagnaient, comme celles de Vogelsang (1872), de Léopold (1874), Sutugin; la thèse de Blet (1876) (1) est le premier travail français; on y trouve toutes les observations antérieures. C'est la publication de Landau (1885) (2) qui est la première ayant une réelle importance par les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques qui lui servent de base. L'attention était fixée définitivement sur les ptoses, car c'est de la même année que sont datés les travaux de

(1). BLET. *Étude sur le foie mobile. Thèse de Paris*, 1876.

(2). LANDAU. *Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen*. (Berlin, 1885).

LANDAU. *Ueber Dislocation der Leber* (Deutsch. med. Wochenschr. Berlin, 1885, t. XI, p. 152-158).

F. Glénard (1), qui en montrant la part importante que prennent les troubles mécaniques dans les affections abdominales a ouvert un champ nouveau aux investigations anato-mo-pathologiques et aux recherches thérapeutiques. Déjà Billroth (1884), Tscherning (1885), avaient fixé à la paroi abdominale, un lobe hépatique flottant. Puis en 1889, paraissait la thèse de Curtius (2). En 1891, M. le docteur Paul Segond consacrait à cette question deux leçons, et j'eus la bonne fortune d'être de ses auditeurs. L'année suivante, Faure y consacrait sa thèse, où divers points concernant l'anatomie et la physiologie des moyens de fixité du foie, étaient définitivement établis par ses dissections, et des expériences fort intéressantes et probantes. Depuis cette époque, contemporaine de la hardie intervention de M. Gérard Marchant, les chirurgiens suivirent volontiers la voie nouvelle, et la plupart des publications, de 1892 à maintenant, sont des observations d'hépatopexie. — En août-septembre 1897, M. le professeur F. Terrier et M. Auvray publiaient dans la *Revue de Chirurgie*, une remarquable étude (3) où le foie mobile et son traitement étaient étudiés au point de vue étiologique et pathogénique, les procédés opératoires exposés, et quinze observations, dans lesquelles on était intervenu, analysées :

Cette année même, ont paru la thèse de Duvernoy (4) (1898) et celle de Chevallier (5) (1898), la première étude d'ensemble, la seconde intéressante, en ce qu'elle nous apporte la description d'un procédé nouveau employé par M. Legueu dans deux cas différents. Enfin, je terminerai ce rapide coup d'œil sur l'histoire de l'hépatoptose, en citant le tome IV du *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, de mon regretté maître. Ce volume sera sous peu à la disposition du public médical.

(1). F. GLÉNARD. *De l'entéroptose*. (Lyon, méd. 1885).

(2). CURTIUS. *Symptome und Ätiologie der Wanderleber im Anschluss an einen solchen Fall*. (Thèse de Halle, 1889).

(3). TERRIER et AUVRAY. *Foie mobile et son traitement* (*Revue chir.* Paris, 1897. t. XVII. 621-645).

(4). DUVERNOY. *Le foie mobile*. (Thèse de Paris, 1898).

(5). CHEVALLIER. *Technique de l'hépatopexie. Procédé de Legueu*. (Thèse de Paris, 1898).

La fréquence du foie mobile est peu connue. Dans l'examen de 3,500 malades, atteints de troubles de nutrition, Glénard constate l'abaissement du foie chez 25 0/0 des malades hommes, et 15 0/0 des malades femmes, soit 20 0/0 en moyenne. M. Mathieu, sur 404 dyspeptiques, trouve les résultats suivants : 11 foies abaissés sur 203 malades femmes, 7 seulement sur 201 malades hommes. La proportion dans chaque sexe est inverse de celle constatée par F. Glénard, et semble *a priori* plus probable, la femme étant plus sujette aux autres ptoses viscérales que l'homme. Pour Landau, la proportion d'hépatoptoses masculines par rapport aux féminines ne serait même que de 1/23.

Nous verrons plus loin, en analysant les observations des malades opérés, que les hommes n'y figurent que pour 1/8 environ; plus exactement 2/17.

Mais à quelle cause rapporter la chute du foie? Dans quelques cas, on a observé l'absence de certains ligaments, ou des modifications dont la description sera placée dans l'étude de l'anatomie pathologique. A part ces faits qui ne sont pas les plus fréquents, d'ailleurs, faut-il voir dans l'hépatoptose, avec Sappey, Richet, Cruveilhier, Paulet, Chrétien, Landau — un effet du relâchement de la paroi; avec Glénard, le résultat de la diminution de volume de l'intestin — avec Faure, ce « trouble mal défini de la nutrition, qui se traduit par une prédisposition particulière du tissu fibreux, à se laisser distendre, à mal résister aux fatigues constantes, aux efforts prolongés. » C'est cette prédisposition qui, chez l'homme, fait la hernie, chez la femme, les vergetures et l'éventration; chez tous deux, les varices, le rein mobile, l'enteroptose et la chute du foie (1).

En réalité, ces opinions différentes, à première vue, pourraient bien exprimer, au fond, la même pensée et être la traduction du même fait. C'est que ce n'est pas le relâchement de la paroi, en tant que paroi relâchée, ce n'est pas l'enteroptose, en tant qu'intestin descendu, qui font tomber le foie. Le

(1). FAURE. (*Thèse de Paris*, 1892, p. 112).

foie tombe comme la paroi est tombée, comme l'intestin est tombé, comme le rein ou la rate sont tombés, précisément en raison de ce vice de nutrition mal défini dont parle Faure, qui atteint les tissus cellulo-fibreux de l'appareil suspenseur du foie, comme celui de l'intestin, comme les aponévroses de la paroi, etc.

A part cette grande cause primordiale qui relève de la pathologie générale, comment considérer toutes les autres causes invoquées, autrement que comme des causes secondaires, déterminantes ou occasionnelles?

Je ne citerai pas, parmi ces causes, le port du corset, anathématisé par Richet, Vogelsang, Depage, Hertz, réhabilité par Faure, après les plaidoyers en sa faveur, de Bouvier, Landau, Curtius, Glénard, que le professeur Hayem a innocenté aussi, en déclarant que ne pouvaient agir sur le foie, que les contractions opérées au-dessus de lui ou à son niveau. » Evidemment, ça a toujours été au-dessous du foie, et lui servant plutôt de soutien que le corset a été placé.

Mais c'est la grossesse, la grossesse répétée, suivie d'événtration que Landau incrimine. La paroi du ventre, n'offrant plus de point d'appui au foie, privé par l'entéroptose du soutien que la masse intestinale offre à son bord antérieur, celui-ci bascule, suivant son axe transversal autour du ligament coronaire, qui résiste et maintient fixe, son rebord postéro-supérieur (Terrier-Auvray).

Evidemment, c'est neuf fois sur dix peut-être chez de grandes multipares, comme la malade qui fait le sujet de notre deuxième observation, et qui avait eu onze enfants; mais d'autres, comme notre première et notre troisième malade, n'avaient pas eu de grossesses multiples, n'avaient que peu d'événtration (1), et surtout le nombre des femmes ayant eu de nombreuses grossesses, ayant déterminé des événtrations, même des événtrations énormes, ce nombre, dis-je, est infiniment considérable, comparé à celui des femmes ayant de l'hépatoptose.

Faure a fait justice de l'opinion de Cantani qui, non content de l'influence mécanique de la grossesse répétée, a voulu

(1). Une malade de Symanowski n'avait pas eu d'enfants.

y voir en plus une cause d'inflammation chronique, déterminant l'allongement des ligaments suspenseurs du foie. Dans le même ordre d'idées, c'est-à-dire en faisant intervenir l'inflammation chronique amenant le raccourcissement des tissus entraînant le foie en bas et allongeant l'appareil suspenseur, on peut citer l'opinion du professeur Botkine d'après l'obs. de Symanowski (1) concernant une femme dont l'histoire clinique est très compliquée d'ailleurs. Au point de vue du résultat, sinon du mécanisme qui serait tout autre, on pourrait également rappeler la théorie proposée par M. le professeur Potain au Congrès tenu à Limoges en 1890 par l'Association française pour l'avancement des Sciences. Pour M. Potain, des péritonites localisées à la suite de colite muco-membraneuse, ou de lithiase biliaire, ayant déterminé des fluxions sous-péritonéales, pourraient se propager à la loge renale et amener la disparition de l'atmosphère celluleuse du rein.

Puis alors apparaissent les faits donnés comme causes et n'étant en réalité que l'occasion; ce sont les chocs, secousses répétées du saut, de l'équitation qui peuvent évidemment agir sur l'appareil suspenseur, comme un poids qu'on laisse tomber agit sur la ficelle qui le retient et lui imprime une secousse plus ou moins violente suivant la hauteur de chute ou la force de projection. Le même mécanisme agit dans les cas analogues à celui de Trush (2) chute dans un escalier; celui de Wassilieff (3) chutes dans un escalier, de voiture. Les efforts d'expiration qui agissent en somme de la même façon, que ce soit le foie qui rebondisse dans l'abdomen en tirillant ses ligaments et sa veine cave, le diaphragme étant fixe, ou le diaphragme qui, par ses allées et venues trop brusques et rapides, tire les ligaments hépatiques et leur imprime des secousses répétées. C'est l'influence de la toux,

(1). SYMANOWSKI, EJENED KLIN, *Gazette de Saint-Petersbourg*, 1882. (t. II, p. 65-82).

(2). TRUSH: Traduit dans la *Revue méd. chir. des maladies des femmes*. Paris 1882. IV.

(3). WASSILIEFF, *St-Petersb. méd. Wochens.* 1876.

du rire, du vomissement, des éternuements qui sont maintes fois signalés comme extrêmement pénibles aux malades et surveillant les crises douloureuses. Moins facilement se comprend l'influence de l'effort, et pourtant c'est après avoir soulevé un piano (malade de Laudau), scié du bois (malade de Rubinowitch), s'être baissé violemment même (malade de Garnett), que les premiers symptômes douloureux se sont montrés.

Evidemment, la cause première avait depuis longtemps mis l'appareil suspenseur en état de moindre résistance et le foie n'attendait plus que l'occasion pour se dérober à la tutelle de ses ligaments.

En résumé, au point de vue pathogénique, c'est donc à un vice de nutrition congénital ou acquis du tissu cellulo-fibreux, que la tendance aux ptoses doit être rapportée.

III

Anatomie pathologique

Dans son article du *Traité de Chirurgie* paru en 1892, M. Segond disait qu'en somme l'anatomie pathologique de l'hépatoptose était encore à faire.

Pourtant au cours des laparatomies pratiquées dans un but thérapeutique, les chirurgiens ont fait quelques remarques intéressantes qu'il suffit de rappeler brièvement. Heister nous avait dit déjà, qu'il avait vu le foie dont la face convexe répondait nettement au flanc droit, le bord tranchant étant vertical, et la face profonde regardant à gauche. C'est là en somme la position la plus fréquemment observée. C'est celle décrite par Faure dans le compte rendu de l'autopsie qu'il eut occasion de faire, au cours de ses recherches anatomiques sur l'appareil suspenseur du foie. Pourtant Demarquay avait vu dès 1849 un foie interverti dont la vésicule occupait la partie supérieure et le sillon transversal regardait directement en avant et en haut.

Dans sa nouvelle position, l'organe est généralement libre et nous verrons même, en parlant du diagnostic et de la séméiologie, que sa mobilité et sa réductibilité facile en sont un symptôme excellent. Néanmoins, il n'est pas absolument exceptionnel de le voir contracter des adhérences. Le foie observé par Demarquay était relié au diaphragme par des adhérences généralisées de sa face supérieure. Symanowsky signale des adhérences du foie aux organes voisins.

Bobroff (1) ouvre le ventre de propos délibéré pour faire

(1). Bobroff: *Laitop, Kirurg, Obsch v. mosk.* 1896. t. XV, p. 12.

l'hépatopexie, et trouve des lésions analogues — Ces adhérences peuvent aller jusqu'à immobiliser l'organe, lui donner l'apparence d'une tumeur inflammatoire, comme dans le cas de M. Richelot, le plus compliqué sous ce rapport, où le foie était retenu dans la fosse iliaque fixé par « une adhérence large comme la main au niveau de laquelle la capsule de Glisson était blanche, fibreuse de telle façon que cette minime portion du foie, qui d'ailleurs ne contenait aucun produit morbide, simulait par sa dureté une tumeur nettement circonscrite ». M. Richelot ne vit rien qui put lui rendre compte de cette périhépatite localisée.

En considérant le point où le foie est parvenu depuis qu'il a abandonné son domicile, Péan proposait de reconnaître à la luxation du foie, trois degrés : au premier degré, le foie mobilisé dépasse les fausses côtes de deux, trois travers de doigts — dans un second degré, la face supérieure du foie atteint l'ombilic; au troisième degré elle, est dans la fosse iliaque et tombe dans le bassin. C'est, comme on le voit à la lecture des observations, le plus souvent à ce degré que le chirurgien est appelé à intervenir (Voir les obs. de Lannelongue, Richelot, Delagenière, Bobroff.)

En ce qui concerne l'appareil ligamenteux du foie, sauf une surface d'insertion du ligament coronaire, sur le foie, un peu moins large que normalement, Faure dans son autopsie n'avait rien trouvé d'anormal; quelques observateurs ont signalé la laxité et l'allongement du ligament suspenseur; telles les observations de Desguin, Depage, J. Lucas-Championnière, W. Ramsay, Legu.

H. Delagenière trouve ce même ligament très allongé et œdémateux, M. Péan (1) dans sa 1^{re} obs. rencontre le ligament suspenseur allongé, vascularisé. — L'absence même de certaines parties de l'appareil ligamenteux a été signalée par Longuet (2) et Kirmisson, dès 1874, sur des sujets qui n'avaient pas de ligament coronaire ni latéraux. Dans ces

(1). Péan. *Congrès de chir.* 1896. p.

(2). Longuet. *Bull. Soc. An.* 1874.

cas, suivant l'expression de M. Segond (1) le foie bascule comme une balance mal équilibrée. Plus récemment, au cours d'un hépatopexie, M. Lannelongue (de Bordeaux) constatait l'absence du ligament suspenseur. Mais nulle part on ne trouve le méso-hepar de Meissner, qui reste une simple hypothèse.

Plus importante que les modifications des ligaments est la particularité anatomique relative à la veine cave que, dans son autopsie Faure a trouvée « extraordinairement lâche, allongée, se laissant écarter sans peine de la colonne vertébrale. Quand on imprime au foie des mouvements divers, elle les suit en formant, au niveau de son adhérence hépatique, un coude prononcé, grâce auquel elle s'écarte de la colonne lombaire au point qu'il est facile, en rompant à peine quelques fibres conjonctives, de passer le doigt entre la face postérieure de la veine cave et les vertèbres sous-jacentes » (2). Nous sommes loin du « véritable feutrage de tissus cellulaire à mailles très serrées, de rameaux artériels, veineux et lymphatiques, de ganglions, de plexus nerveux inextricables qui rendent la dissection très laborieuse » (3). Cette particularité anatomique, relative à la veine cave, nous la retrouvons signalée dans les trois observations de notre maître : Parlant de la malade, dont l'histoire fut rapportée au Congrès de Chirurgie de 1896, M. Péan dit en effet :

« En déprimant la portion supérieure de la tumeur, je reconnais que c'est la face supérieure du foie, qui est descendue dans le bassin, que la veine-cave est repliée sur elle-même, que le ligament suspenseur est très allongé, vascularisé, etc. M. Péan fait la même constatation dans la 2^e obs. où il dit qu'il a trouvé que la vésicule biliaire est complètement renversée sur elle-même, et ses canaux coudés de même que la veine cave et la veine porte.

Evidemment de semblables changements dans la situation de la veine cave ne peuvent avoir lieu sans une modification

(1). Segond. *Traité de chir.* I éd. 1892, t. 2. V II. p. 303 et suiv.

(2). Voir Faure *loc. cit.* p. 84.

(3). — p. 35.

profonde de ses moyens d'attaches, qu'on nous a montré comme d'une si grande fixité. Mais nous sommes toujours obligés de nous demander si ce relâchement considérable du le tissu cellulaire, péri-cave est primitif ou secondaire. Est-ce tissu qui est atteint de débilité congénitale, ou du trouble de nutrition particulier agissant sur la veine cave comme le processus qui détermine les varices des membres inférieurs agit sur les veines de ces régions : Faure proposerait volontiers cette explication et MM. Terrier et Auvray ne sont pas éloignés de l'accepter, car ils la trouvent plausible.

Ce foie prolabé est-il malade? MM. Lannelongue et Faguet ont rencontré un foie cirrhotique. — Même lésion chez la malade de H. Delagenière. — La malade de Trush avait un cancer du foie et de l'épiploon. La face supérieure du foie était ridée, parsemée de taches de sclérose chez la malade qui fait l'objet de notre 2^e obs. Lors de sa première intervention, M. Péan avait pris soin de signaler qu'« à coup sûr, il n'y avait pas d'hypertrophie. »

Ce qui est fréquent par exemple, c'est l'existence de troubles analogues du côté des autres viscères et la coïncidence d'autres ptoses. C'est le rein qui se luxe le plus souvent, mais c'est aussi la rate, l'intestin, l'utérus; c'est la paroi abdominale qui est relâchée, assez fréquemment pour que Laudau ait voulu voir là, non le résultat d'une maladie générale, mais la cause de l'hépatoptose, et pour qu'un procédé de traitement soit basé sur l'existence de cette ptose pariétale et se propose d'y remédier comme on se propose, dans les opérations plastiques faites sur le vagin, d'empêcher la chute de l'utérus.

Manifestation du même ordre que les divers splanchnoptoses, l'hépatoptose se rencontrera évidemment chez des malades prédisposés, et jusqu'à ce que nos connaissances sur les causes immédiates de ces troubles nous soient mieux connues, c'est tout ce que nous pouvons en dire.

Abordons maintenant le côté clinique de notre étude, la symptomatologie et le diagnostic.

IV

Symptomatologie et Diagnostic

Le foie mobile, tel que nous l'étudions, c'est-à-dire le foie totalement mobile, ou luxé, comme disait M. Péan, est souvent trouvé au cours de l'examen d'un malade, sans que l'on ait eu l'attention attirée sur lui par les renseignements fournis au cours de l'interrogatoire. Il en a été du moins ainsi, jusqu'ici où, dans la moitié des cas au moins, où les signes physiques eux-mêmes n'avaient pas eu une netteté suffisante pour que le chirurgien y ait pensé avant l'opération. Peut-être aussi, qu'en raison du peu de temps depuis lequel on s'occupe du foie mobile, on ne s'est pas appliqué à le chercher systématiquement, toutes les fois que les troubles fonctionnels ou les sensations douloureuses accusées par le malade se rapprochaient de ce qu'on observe dans l'hépatoptose. Ce n'est pas que la symptomatologie manque d'éléments, mais de chacun d'eux pris en particulier, aucun n'est pathognomique, et beaucoup se rencontrent communément dans d'autres affections abdominales.

Les signes physiques peuvent seuls donner quelque précision au diagnostic, quand l'état de souffrance et d'énervement de la maladie permet de les rechercher.

Que relevons-nous dans les observations publiées jusqu'ici? Sauf quelques malades, qui ont pu établir d'une façon précise le début de leur maladie, parce que celui-ci s'était produit brusquement à l'occasion d'un effort, comme un des malades de Landau, cité dans la Thèse de Faure (1), qui après

(1) J.-L. Faure: *loc. cit.*

avoir soulevé un piano, sentit une douleur vive; ou encore, la femme observée par Garnett (1), qui s'étant baissée brusquement, crut en se relevant, « que ses côtes étaient tombées et que ses intestins avaient glissé », la plupart du temps, c'est par des sensations pénibles, gênantes dans la région du flanc et de l'hypochondre que déburent les douleurs. Puis viennent des tiraillements, des irradiations douloureuses multiples dans les lombes, les flancs, l'épigastre, l'épaule. Plus rarement, mais le fait a été signalé, des sensations de tiraillements existent derrière le sternum et jusqu'à la base du cou qu'on explique par les insertions puissantes du péricarde sur le diaphragme et les rapports des aponévroses cervicales avec le péricarde.

Quelquefois aussi, c'est une sensation assez vague d'ailleurs de déplacement, comparée par certaines malades à des mouvements de fœtus. Tous ces symptômes sont exagérés par la station debout, la marche, le fait de porter un fardeau; atténués au contraire ou nuls dans le décubitus dorsal, ou latéral droit, le gauche étant en général pénible.

Ces douleurs peuvent être beaucoup plus violentes, affecter la forme de crises paroxystiques ressemblant aux crises de coliques hépatiques avec lesquels elles ont de commun un point de départ et des irradiations analogues. Ces crises pseudo-lithiasiques ou sous-hépatiques décrites par F. Glénard et Godart s'accordent assez bien avec le changement de direction, et les coudures et les torsions infligées aux canaux biliaires par l'abaissement et le mouvement de bascule de la glande; elles peuvent être d'une telle intensité que l'on trouve chez ces malades le ventre tendu, sensible à la pression, le poulx petit, serré, rapide. Elles présentent des nausées, des vomissements, des tendances aux syncopes. La durée de ces crises est aussi variable que celle des coliques lithiasiques vraies, et peuvent se reproduire à chaque nouvelle fatigue. On a noté leur exacerbation au moment des époques; et chez la

(1) Garnett : *Accidental and sudden dislocation of the liver* : *Amer Journ. of med. scienc. Philadelphie*. 1881. t. LXXXI. p. 110-113.

malade dont l'observation servit de base à la communication de M. Péan au Congrès de 1894, ce phénomène était très marqué.

On conçoit que la santé générale se ressente rapidement de cet état de choses, et que la perte de l'appétit et du sommeil, la douleur amènent rapidement la perte des forces et l'amaigrissement.

Au symptôme douleur, s'annexent généralement des troubles digestifs ne présentant rien de bien spécial. Ce sont des digestions lentes, laborieuses, s'accompagnant d'éruptions pénibles, nidoreuses et exagérant les douleurs, du dégoût pour les éléments, pour les graisses surtout, de la constipation.

L'apparition de l'ictère a été signalée plusieurs fois, peu intense, disparaissant facilement et pouvant réapparaître de même. On peut l'expliquer par les déplacements des canaux excréteurs, mais il peut dépendre dans certains cas, de lésions hépatiques proprement dites, puisque l'hépatopexie n'a pu le faire disparaître que momentanément chez le malade de Bobroff (1).

L'ascite infiniment plus rare, reconnaîtrait également une cause mécanique, la coudure de la veine porte. C'est l'interprétation qu'a adopté Szigethy pour le malade qu'il a observé qui présentait en outre de l'œdème des membres inférieurs attribué à la coudure de la veine cave.

Les phénomènes nerveux apparaissent bientôt et ils sont faciles à comprendre, chez des malades dont l'existence peut arriver à n'être qu'une série ininterrompue de douleurs. Ce peut être des vertiges, de la céphalalgie, des palpitations et des troubles visuels peu graves, mais il survient aussi de l'irritabilité de caractère, de la manie même (Cantani) (2) et les malheureuses présentent bientôt des symptômes évidents de neurasthénie, d'hystérie. Elles sont conduites à la morphinomanie par la souffrance.

(1) BOBROFF : *Lictopin, Rouskoi, chir.* St-Pétersbourg. 1896. n° 3. p. 380-383.

(2) CANTANI : *Caso di fegato ambulante* : Annal. univ. di med. Milan 1886. p. 373.

D'autres désordres ont été signalés comme la fréquence des mictions, l'albuminurie, la leucorrhée et les métrorrhagies. Si on se rappelle que d'une part le rein est déplacé lui aussi fréquemment, en même temps que d'autre part, beaucoup de ces malades ont eu des grossesses multiples, rien d'étonnant qu'elles aient eu leurs voies génitales infectées, et pour que leur leucorrhée ou leur métrorrhagie aient une valeur, il faudrait qu'on puisse à l'occasion de chacune, savoir dans quel état se trouvait, les parois vaginales et le périnée, l'utérus et les annexes.

A l'examen que trouve-t-on? Que chez un grand nombre de femmes, la paroi abdominale est flasque et pendante, souvent le siège d'une éventration plus ou moins considérable. On a pu remarquer quelquefois une voussure au-dessous du rebord costal, et une sorte d'évasement du flanc droit. Quelques auteurs attacheraient de l'importance à l'étroitesse de la partie inférieure du thorax, étroitesse, cause pour les uns, effet pour les autres, de la luxation hépatique. Le nombre de gens à thorax étroit est tellement considérable, par rapport au nombre de foies mobiles, qu'on se demande s'il peut exister une relation quelconque entre l'un et l'autre. M. Glénard insiste sur l'aspect que prend la cicatrice ombilicale, dont la partie inférieure serait masquée par un repli cutané dû aux tractions exercées de haut en bas et dans le sens antéro-postérieur sur l'ombilic, par l'intermédiaire des ligaments suspenseurs. Mais évidemment, ce n'est pas l'inspection qui peut nous donner des renseignements précis; tout au contraire, la percussion et la palpation vont éclaircir le diagnostic.

La percussion nous fournit un signe d'une grande valeur, l'abaissement ou l'absence de la matité hépatique normale. Il est donc nécessaire d'avoir présentes à l'esprit les dimensions exactes de cette matité et ses limites normales.

« La matité vraie ou petite matité hépatique, est-il dit dans le *Traité de diagnostic chirurgical* de Simon Duplay, Rochard et Demoulin, a les limites suivantes : elle s'arrête en haut. Sur la ligne sternale droite, au niveau du bord

inférieur du cinquième cartilage costal. Sur la ligne parasternale droite, au niveau du bord supérieur du sixième cartilage costal. Sur la ligne mamillaire droite, au niveau du bord inférieur de la sixième côte. Sur la ligne axillaire droite, au niveau du bord inférieur de la septième côte. Sur la ligne scapulaire droite au niveau de la neuvième côte. Sur la partie latérale droite du rachis, au niveau du bord inférieur de la onzième côte, point où elle se confond avec la matité du rein.

En bas, les limites sont les suivantes :

Confondue à côté du rachis avec la matité rénale, elle suit le trajet de la onzième côte. Sur la ligne mamillaire droite, elle abandonne le bord du thorax pour se diriger vers la ligne médiane, et croiser celle-ci à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, et vient se terminer, pour l'extrémité du lobe gauche du foie, entre la ligne parasternale gauche et la ligne mamillaire du même côté, au-dessous de la région où on constate le choc de la pointe du cœur. Comme dimensions, la moyenne des chiffres obtenus chez l'adulte sain est de six centimètres sur la ligne médiane, six centimètres sur la ligne parasternale, huit sur la ligne mamillaire, douze sur la ligne axillaire. On compte enfin, que le lobe gauche dépasse la ligne médiane de cinq à six centimètres.

Cette matité hépatique est constante, et à part des cas exceptionnels comme ceux où la transposition générale des viscères est observée, on doit toujours la rencontrer. Elle peut être augmentée dans les affections amenant un accroissement du volume du foie, les cirrhoses, l'impaludisme, la leucémie, les collections kystiques ou suppurées. Elle peut être diminuée dans quelques cas plus rares, mais on doit toujours la trouver. Son absence et son remplacement à ce niveau, par une sonorité anormale, doit faire penser immédiatement à une migration du foie. Bien entendu je ne parle pas ici des circonstances où un tympanisme considérable masque cette matité. Les antécédents suffisent pour expliquer cette anomalie.

La présence d'une zone de matité anormale dans l'abdo-

men viendra renforcer les indices fournis par la présence de la sonorité de l'hypocondre droit : cette sonorité nous a appris que le foie a quitté sa loge, la présence de la matité dans la fosse iliaque, nous indique sa situation nouvelle. Signe inconstant d'ailleurs, car des anses intestinales peuvent s'être glissées entre le foie et la paroi, et masquer la matité hépatique; aussi la palpation devra-t-elle venir en aide à la percussion pour montrer à l'observateur, une tumeur arrondie, lisse, solide et généralement mobile. La mobilité est, en effet, un des principaux caractères du foie luxé, bien que quelques observateurs l'aient trouvé adhérent aux organes voisins (Symanowsky), ou même complètement immobilisé (Richelot). La main appréciera l'état de la paroi, sa résistance ou sa flaccidité, l'existence d'éventration, reconnaîtra parfois en mobilisant la tumeur, l'existence d'un bord tranchant, d'échancrures qui ne laisseront plus de doute. La mobilité, si elle existe, et c'est de beaucoup le plus grand nombre de cas, sera appréciée en outre, en examinant la malade en diverses positions, debout, couchée sur le dos, sur le côté. La réductibilité pourra être obtenue, la malade pourra parfois d'elle-même, avertir qu'elle peut remonter sa tumeur et pour Rendu (1) le soulagement obtenu par cette réductibilité sera un des meilleurs signes de diagnostic.

L'oreille enfin complètera ces indications en nous montrant un abaissement du murmure vésiculaire, là où d'ordinaire le foie est situé.

On voit par ce rapide exposé, que le diagnostic reposera surtout sur la constatation de deux signes principaux. Constatation d'une sonorité anormale dans la région habitée par le foie; constatation, dans l'abdomen, de la présence d'une tumeur rappelant la forme ou les détails de configuration de la glande hépatique.

Pourtant, la plupart du temps, le diagnostic n'a pas été fait. L'erreur couramment commise, est de prendre le foie

(1) Rendu : *Dict. encyclop. des sciences méd.* Art. Foie. 4^e série, tome III. p. 264.

pour le rein. Sur les trois observations de M. Péan, une fois la tumeur avait été prise pour le rein, une fois le diagnostic avait été fait exactement, une fois il était resté indécis, en raison des douleurs éprouvées par la malade au moindre attouchement, et qui rendait la palpation et même la percussion presque impossibles. On peut faire remarquer pourtant, que le rein est moins gros, explorable par la région lombaire, à l'aide de la palpation bi-manuelle, qu'il y a fréquemment des troubles urinaires, causés par la coudure de l'uretère, et que son déplacement ne modifie pas la matité hépatique.

Le rein mis de côté, le diagnostic différentiel doit toujours se faire avec les affections hépatiques, puis avec les tumeurs abdominales. Ainsi Gérard-Marchant, Areilza ont cru à un kyste hydatique de l'organe, erreur contre laquelle la forme de la matité, la consistance, la constatation du frémissement, quand on est assez heureux pour le trouver, pourraient sans doute mettre en garde.

Parmi les tumeurs abdominales, les tumeurs développées dans l'épiploon ou dans le mésentère, pourraient en imposer. Pour celle de l'épiploon, il faudra se rappeler que la mobilité de ces tumeurs qui est très grande, n'existe que pour les mouvements latéraux; et que les tumeurs du mésentère peuvent être mobilisées comme le foie luxé, mais moins que lui; elles peuvent être mates, bien qu'il y ait généralement une bande de sonorité, mais c'est plutôt l'absence des caractères de configuration, du bord tranchant et des incisures qui les fera reconnaître.

Les tumeurs utérines ou ovariennes ne doivent être citées ici que pour mémoire, car la marche de leur développement, et les renseignements fournis par le toucher suffiront d'habitude pour les faire distinguer.

Traitement opératoire de l'Hépatoptose totale

Historique. — L'historique du traitement chirurgical remonte à ces dernières années seulement; jusque-là les moyens médicaux, l'hydrothérapie, la saison à Vichy, le port de ceintures appropriées constituaient toute la thérapeutique. Depuis la tentative heureuse de Gérard Marchant, la première en date, vingt opérations ont été pratiquées, soit en tout vingt et une interventions pour fixer le foie (1). Ces observations appartiennent, et je suis ici, en les citant, l'ordre chronologique à Langenbuck (2) (1891), Desguin (3) (1892), Richelot (4) (1893), Depage (5) (1893) (trois observations), Lannelongue (6) (1895), Bobroff (7) (1895), Péan (8) (1896) (deux observations), Areilsa (9) (1896), Franke (10) (1896) (deux observations), H. Delagenière (11) (1897), Lucas-Champion-

(1) Chevallier : *Technique de l'hépatopexie. Thèse de Paris*, 1898.

(2) Langenbuck : *Ein Fall von Resection eines linksseitigen Schulters* (appens der Leber. Berlin. Klin. Wochenschrift, 1888, t. XXV, p. 37.

(3) Desguin : *Ann. Soc. méd. Anvers*, 1892.

(4) Richelot : *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1893, p. 342-343.

(5) Depage : *De l'intervention chirurgicale dans la splénoptose*. Bruxelles, 1893.

(6) Lannelongue et Faguet : *Association française pour l'avancement des sciences*. Bordeaux, 1895. Paris, Masson, 1896, p. 809-10.

(7) Bobroff : *Laitop. kirurg. obsh. v. mosk.* 1896. t. XV, p. 12.

(8) Péan : *Congrès de chirurgie*. 1896. Paris, p. 490-498.

(9) Areilsa : *Rivista di medicina e di chirurgia pratica*. 5 juillet 1896. p. 24.

(10) Franke : *Zur Technik der hepatopezie*. Centralblatt für Chirurgie. Leipzig. 1896. t. XXIII, p. 775-779.

(11) H. Delagenière : *Cirrhose hépatique et hépatoptose*, etc. Arch. prov. de chir. Paris. 1897. t. VI, p. 310-316.

nière (1) (1897), Ramsay (2) (1897), Blanc (3) (1897, Legueu (1897) (deux observations), Péan (1897).

Ces vingt et une observations peuvent être classées, suivant la méthode opératoire employée en trois catégories principales ainsi que Chevallier (3) l'a fait dernièrement.

Dans la première méthode, que l'on peut appeler méthode d'*hépatopexie proprement dite*, le chirurgien s'est attaqué au foie lui-même, qu'il a cherché, après réduction, à maintenir dans sa situation normale, ou le plus près possible de la normale, en le suturant soit à la paroi costale, soit à la paroi abdominale antérieure. Dans leur revue sur la question, MM. Terrier et Auvray donnent l'étude de onze cas se rapportant à cette méthode opératoire; depuis, une observation anglaise de Ramsay et une de Blanc ont été publiées. Les deux observations nouvelles de la thèse de Chevallier concernant deux malades de Legueu sont à classer dans la même division, quoiqu'un procédé spécial y ait été employé. A côté des méthodes d'hépatopexie proprement dite se trouve la méthode où le chirurgien considérant la chute du foie comme secondaire, et consécutive à la ptose pariétale, selon les théories de Landau sur le « Ventrum pendulum », s'attaque à cette paroi, à laquelle il s'efforce de rendre sa fermeté et sa résistance premières, par une large et méthodique résection des aponévroses coupables de relâchement, et leur suture à étages multipliés. Nous trouverons trois observations seulement dans lesquelles on a employé cette méthode de *laparèctomie*. Elles appartiennent à M. Depage, de Bruxelles, qui en a fait connaître les résultats éloignés dans une lettre adressée à M. Auvray (5).

Dans la troisième méthode, ou méthode de Péan, employée

(1) Lucas Championnière.

(2) Ramsay (F.-W.) : *Fixation of liver and both kidneys in a case of Glenard's disease*. Brit. méd. Journ. Londres. 1897, t. I, p. 1152.

(3) Blanc : *Hépatopexie pour une hépatoptose totale*. Lyon méd. 1897, LXXXVI, p. 227.

(4) Chevallier : *Loc. cit.*

(5) Terrier et Auvray : *Foie mobile et son traitement*. (Revue de chir. Paris, 1897 t. XVIII, p. 645 et suiv.).

dans les trois observations publiées dans ce travail, (dont deux inédites), c'est par la formation d'une cloison transversale, sous-hépatique qu'il s'était efforcé de maintenir la réduction du foie luxé. « Je pense » disait-il dans l'observation présentée par lui au *Congrès de chirurgie* (1), que le mieux est de créer au-dessous du foie une cloison artificielle, transversale d'une longueur suffisante pour prévenir tout déplacement ultérieur. » Nous verrons, tout à l'heure, à la description de la technique employée par mon vénéré maître, par quels moyens ingénieux il y était parvenu.

Technique opératoire. — Faut-il aujourd'hui renoncer aux moyens médicaux uniquement employés avant le commencement de la période chirurgicale? Assurément non! C'est par eux qu'on devra toujours essayer de procurer aux malades le soulagement qu'ils attendent de nos soins. Soit que l'hydrothérapie et la cure à Vichy agissent sur la causé première, arthritisme pour les uns, hépatisme pour F. Glénard, nul doute que nombre d'améliorations, surtout aux premières périodes de la maladie ne seront obtenues, et éviteront aux patients l'acte chirurgical. Quand l'épreuve des moyens médicaux proprement dits, sérieusement tentée, n'aura pas donné de résultats, il ne restera aux malades comme aux médecins que la ressource du traitement chirurgical; il ne semble pas d'ailleurs que cette intervention soit dangereuse, à moins que les douleurs et les troubles digestifs n'aient conduit les malades à un état de cachexie avancé.

Dans tous les procédés ayant pour but la fixation du foie prolabé en situation normale ou tout au moins aussi proche de la normale que possible, on peut distinguer quatre temps : dans un 1^{er} temps ou temps préliminaire le chirurgien aborde le foie par une incision variable selon les opérateurs; le 2^e temps est consacré à la recherche de l'organe luxé, à sa reconnaissance, à sa réduction; le 3^e temps comprend les moyens employés pour maintenir le foie replacé; 4^e temps : fermeture du ventre.

(1) Péan : *Congrès de chir.* 1896, p. 496.

1^{er} temps : *Incision*. — En lisant les observations publiées jusqu'à ce jour, on voit que pour l'hépatopexie, comme pour la plupart des opérations pratiquées dans cette région, qu'elles aient pour objectif l'estomac, le duodénum, le foie ou les canaux biliaires, le pancréas, certains chirurgiens préfèrent la laparotomie médiane, d'autres affectionnent l'incision latérale, parallèle au bord externe du muscle droit; d'autres enfin, ouvrent le ventre parallèlement au rebord costal. Lannelongue et Lucas Championnière, Areilsa appartiennent au premier groupe; Gérard Marchant, Richelot, Delagenière au second ainsi que Desguin et Legueu, qui prolonge la section de la paroi de cinq à six centimètres sur le rebord costal : Langenbuch, Franke, puis récemment Blanc représentent le troisième groupe.

M. Péan recommandait volontiers l'incision transversale, analogue à celle qu'il employait dans ces dernières années pour aborder le rein, soit qu'il voulût le fixer, soit qu'il voulut l'inciser ou l'enlever. Cette incision dont le trajet franchement transversal passe à égale distance du rebord costal et de la crête iliaque, et va du bord externe des muscles de la masse sacro-lombaire au bord externe du muscle droit antérieur de l'abdomen, peut être prolongée un peu moins loin en avant, s'il s'agit du rein, un peu moins en arrière quand il s'agit du foie. Sans m'étendre longuement sur les avantages de cette incision, étude qui a été faite par Aragon (1) dans sa thèse, je me contenterai de rappeler que par cette voie on a un accès facile, également facile sur le rein ou sur le foie, qu'avec elle l'intervention peut rester extra-péritonéale, ou devenir intra-péritonéale à volonté.

Et si on se rappelle que maintes fois l'hépatoptose a été prise pour de la néphroptose, comme dans le cas de Langenbuch où on crut à une nouvelle chute du rein préalablement fixé, le premier cas de Franke où on pensa à un rein mobile, le premier cas de M. Péan où le même diagnostic fut porté, son troisième cas, où le diagnostic fut hésitant, on voit que

(1) Aragon : *De l'incision transversale dans la néphrectomie*. Thèse de Paris, 1894.

cette incision devient particulièrement commode pour éclairer le diagnostic et lui donner toute la précision voulue, tout en restant très favorable au traitement.

Enfin, moins rapprochée du rebord costal que l'incision transversale parallèle au rebord costal employée par Langenbuck, Franke, Blanc, elle laisse entre ce rebord et sa lèvre supérieure plus de péritoine libre, et cela facilite singulièrement la confection de la cloison séreuse dont nous parlerons plus loin, et cela sans constituer un désavantage si le chirurgien voulait employer un autre procédé de fixation hépatique.

En ce qui concerne cette dernière incision, il est évident néanmoins que si un diagnostic ferme avait pu être porté avant l'intervention, elle serait suffisante, surtout s'il s'agissait d'un des deux premiers degrés d'hépatoptose : foie dépassant de plusieurs travers de doigts le rebord costal, foie atteignant l'ombilic, et que c'est surtout dans les cas où le diagnostic est plus hésitant, ou quand la chute du foie est plus complète que le chirurgien retirera plus d'avantage de l'incision transversale.

Je ne parle pas, ici, de l'incision de Depage. Pour lui, ce n'est pas un temps préliminaire pour aborder le foie. Comme cela a été dit plus haut, son procédé consiste en une opération plastique abdominale et la fixation hépatique y est considérée comme très secondaire. Il demande donc une description à part : nous y reviendrons plus loin.

2^e temps : *Recherche et réduction du foie.* — L'incision et l'hémostase temporaire étant faites, le chirurgien va à la recherche de l'organe luxé et reconnaît à quelle variété d'hépatoptose il a affaire, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre des trois degrés de ptose décrits plus haut : sa main introduite dans le ventre reconnaît si le foie est libre et mobile dans sa position anormale ou si, comme l'ont signalé plusieurs observateurs, il a contracté des adhérences avec les organes voisins ou la paroi.

Ainsi Richelot, qui trouve un foie adhérent dans la fosse iliaque sur une étendue égale à la largeur d'une paume de main. Ainsi Bobroff qui trouve des adhérences avec les

organes voisins. Telle devait aussi être la malade qui fait le sujet de la deuxième observation de Symanowski, dont le foie était fixé dans la fosse iliaque.

Même sans avoir contracté d'adhérence, un foie peut être difficilement réductible, en raison, par exemple, de son volume, c'est ce qu'ont remarqué les chirurgiens qui ont rencontré des foies cirrhotiques, comme Lannelongue, qui nous rapporte que cette hypertrophie l'empêcha de réduire complètement.

3^e temps : *Fixation du foie*. — Le foie en place, il s'agit de l'y maintenir : c'est dans l'exécution de ce temps que nous rencontrerons nombre de modifications, chaque opérateur ayant agi selon l'inspiration du moment pour assurer le but qu'il se proposait.

Pour la plupart des chirurgiens, ce temps consiste à redonner au foie la fixité qu'il avait perdue en faisant passer des fils de soie ou de catgut dans l'épaisseur de son parenchyme d'abord, puis à travers la paroi abdominale ou costale.

Mais les uns n'hésitent pas à transfixer la glande dans toute son épaisseur pour conduire à travers son parenchyme un ou deux fils destinés à le maintenir au contact des parois de sa loge.

Déjà, M. Gérard Marchant avait pris dans ses fils toute l'épaisseur du bord antérieur, mais le bord antérieur seulement; et depuis les chirurgiens s'étaient contentés de passer des anses de fil comprenant une certaine épaisseur de tissu hépatique. Ces anses de fil, au nombre de trois à neuf, sont distantes l'une de l'autre de un à trois centimètres, elles sont passées soit dans l'épaisseur des muscles de la paroi abdominale, soit à travers la paroi costale, soit à travers l'une et l'autre de ces parois, et sont nouées sous la peau. Quand on traverse la paroi costale, il suffit, pour éviter la blessure de la plèvre, de se rappeler que le cul-de-sac reste distant de trois centimètres du rebord costal. Ce ne serait pas d'ailleurs une faute à conséquence bien grave s'il arrivait qu'un fil passât à travers le cul de sac pleural, on ouvre la séreuse autrement largement quand on aborde le foie à travers elle.

Delagenière (1) passe ses fils d'une façon un peu spéciale et pour l'intelligence de laquelle il est préférable d'avoir le texte même de l'auteur sous les yeux.

« Je place, dit-il, sur la face convexe du foie six catguts destinés à la fixation du foie, suivant la méthode employée par F. Guyon, pour fixer le rein. Chaque fil est double et un nœud est fait à son entrée et à sa sortie du parenchyme : quatre sont à faux-fil, deux en anse simple. Les anses plongent dans le tissu hépatique à un centimètre de profondeur et il y a vingt à vingt-cinq millimètres entre l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie. Chaque faux-fil comprend quatre orifices. Les deux du milieu laissent à découvert un centimètre des deux catguts, tandis que les points hépatiques situés de chaque côté ont de quinze à dix-huit millimètres d'étendue, et environ un centimètre de profondeur. Il en résulte que la glande hépatique présente sur sa face externe, en dehors de son échancrure et près de son bord tranchant une surface quadrilatère longue d'environ sept centimètres et demi et large de quatre centimètres, comprise entre les fils, et destinée à la fixation. Il ne s'écoule pas de sang, grâce à l'emploi d'aiguilles aussi fines que possible et de catgut gros (n° 3 de Répin). Les nœuds placés à l'entrée et à la sortie facilitent l'hémostase. Chaque fil est placé de la façon suivante : le rebord costal est la ligne directrice, il correspond à l'interstice compris entre l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie. Les deux chefs postérieurs de chaque fil sont passés séparément à un centimètre de distance à travers le rebord costal et les plans musculaires, puis noués ; on fait six nœuds avec les douze chefs postérieurs ; les douze chefs antérieurs sont placés de la même façon, mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale. »

Quelques opérateurs, pour favoriser la formation des adhérences, ont avivé entre les fils la surface du foie. M. Lannelongue l'a fait au bistouri et il a constaté, comme on pouvait s'y attendre, que cela faisait saigner abondamment la glande ;

(1). H. Delagenière : Cité par Terrier, Auvray. *Loc. cit.*

Bobroff laboure cette surface avec son aiguille; d'autres, se rappelant l'expérience de Faure, ont touché au thermocautère cette même surface.

Pour M. Legueu, quelque soin qu'on prenne pour nouer et serrer les anses de fil, elles ne peuvent toutes être également serrées, de sorte qu'en réalité, même quand on a placé de nombreux fils, il n'y a jamais que le ou les plus serrés qui servent à maintenir le contact de la glande. Aussi, sans se laisser arrêter par le jugement de M. Richelot sur les trous faits à la face inférieure du foie, trous qui peuvent saigner abondamment, ce chirurgien, « l'extrémité droite du foie étant découverte aussi loin que possible, » fait pénétrer l'aiguille de Reverdin de la face inférieure à la face supérieure du foie, à 4 ou 5 centimètres en arrière du bord antérieur. Le fil est accroché et l'aiguille retirée fait sortir l'anse à la face inférieure laissant les deux chefs émerger d'une longueur suffisante à la face supérieure. C'est cette anse qu'il faut conduire sur la face inférieure en évitant la vésicule biliaire. Pour cela, l'aiguille de Reverdin pénètre dans le parenchyme hépatique à gauche de la vésicule aussi loin que possible, contourne la face supérieure de cette vésicule et vient ressortir à sa droite; là elle prend le fil double et, le conduisant de droite à gauche, le fait émerger sur la face inférieure du foie en dedans de la vésicule biliaire. Repassant de nouveau à travers l'épaisseur de la glande, mais cette fois de la face supérieure à la face inférieure, l'aiguille fait ressortir l'anse à la face supérieure du foie (1). »

« Ce fil double forme ainsi une anse continue embrassant sur une large surface la face inférieure du foie, se terminant à la supérieure par quatre chefs, deux à l'extrémité droite du foie et deux à l'extrémité gauche. Il figure ainsi un vaste échelon qui accroche et soulève le foie. Cet échelon va être fixé aux côtes et à la paroi. Pour les chefs de droite, l'aiguille de Reverdin, passée dans les espaces intercostaux, les fait revenir dans le tissu sous-cutané l'un après l'autre à quelques

(1) LEGUEU. — M. Chevallier. — *Loc. cit.*

centimètres de distance. Les fils de gauche sont passés à travers les couches profondes de la paroi abdominale; on serre ensemble les chefs de droite. « On fait de même pour les chefs de gauche... Ces fils ne doivent pas être trop serrés; on s'arrête dès que le foie, suffisamment relevé, vient au contact de la concavité du diaphragme. »

Deux fois, M. Legueu a employé ce procédé; une fois il n'a pas avivé la face convexe; une fois il l'a touché au thermocautère.

Que l'on passe plusieurs fils sur la face convexe seulement, ou qu'on enserme toute la glande hépatique dans un vaste échelon de soie, le but cherché est le même, maintenir au contact la face convexe du foie et la voûte diaphragmatique pour y déterminer la formation d'adhérences, qui seront, elles, de nouveaux et définitifs ligaments suspenseurs de l'organe. Plusieurs, pour rendre plus rapide la formation de ces adhérences, n'hésitent pas, soit à aviver au bistouri, soit à cautériser la surface de la glande.

L'idée directrice dans la méthode suivie par M. Péan a été autre. Ce qu'il a cherché à obtenir, c'est une cloison transversale et horizontale, une sorte de plancher qu'il a pu former, aux dépens du péritoine pariétal postérieur et antérieur, mais surtout du postérieur. On verra en lisant l'observation, telle qu'il l'a présentée au Congrès de chirurgie, que la séreuse de cette région était lâche et facilement mobilisable. Aussi, pendant que d'une main un aide soutenait le foie et le maintenait dans sa position normale, de l'autre main, il soulevait trois ou quatre languettes placées transversalement sur le péritoine postérieur, y déterminant un pli dont le sommet pouvait, sans tiraillement, se mettre au contact du péritoine antérieur, un peu au-dessus de la lèvre supérieure de l'incision transversale. Il était suturé en cette position, et cela facilement, au moyen d'anses séparées de soie, un surjet de catgut renforçant cette première ligne de suture. L'application temporaire de pinces pour former ce pli péritonéal et l'amener au contact du péritoine présente cet avantage que, jus-

qu'à la fin de la suture, le péritoine non encore fixé est soutenu par ces pinces et ne pèse pas sur les premiers points. La dernière pince est enlevée quand le dernier fil est noué.

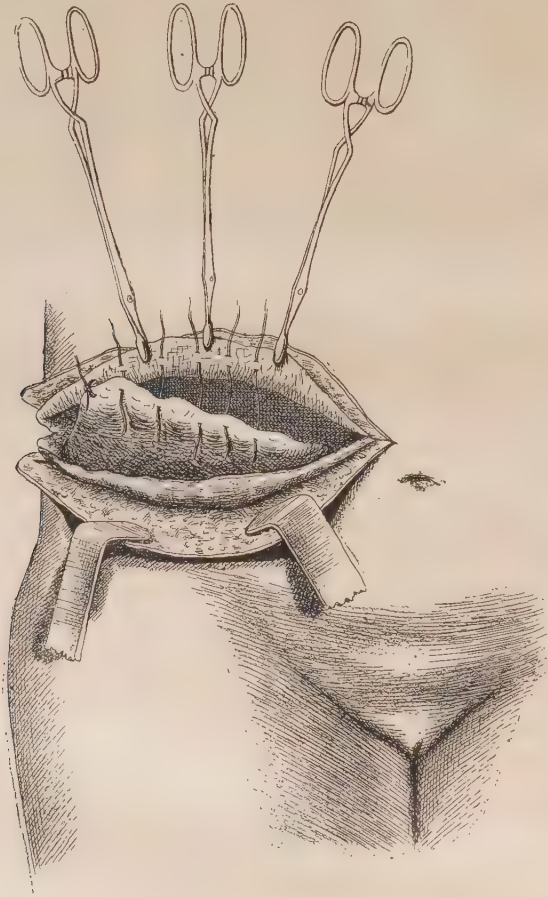


Fig. I. — Hépatopexie par cloisonnement péritonéal transversal. Le péritoine postérieur est suturé au péritoine antérieur.

Quand ce temps est achevé, la face inférieure du foie se trouve reposer sur une large sangle transversale et antéro-postérieure qui la sépare du reste de la cavité abdominale.

Reste à savoir si cette méthode sera toujours applicable.

Dans l'observation que l'on trouvera tout au long à la fin de ce travail, M. Péan signale que « ce cloisonnement artificiel a été d'autant plus facile à établir, que la glande hépatique, en se luxant dans le bassin, avait repoussé devant elle le colon ascendant et le transverse de droite à gauche et qu'elle

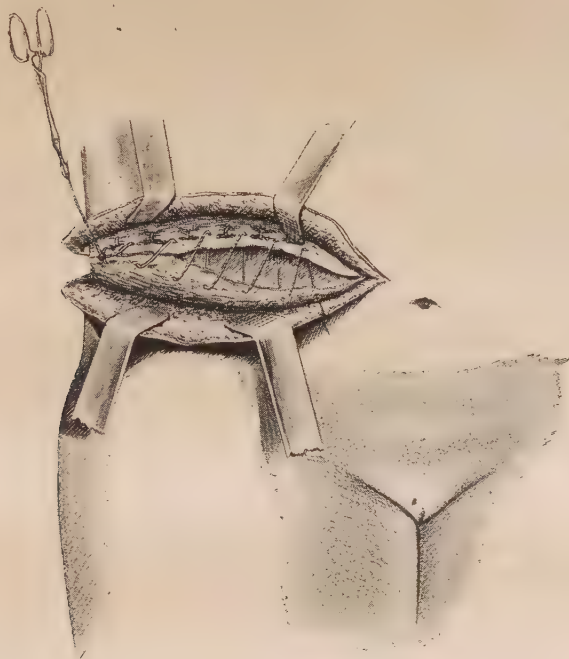


Fig. II. — Hépatopexie par cloisonnement péritonéal transversal. Fermeture de la cavité péritonéale (surjet de catgut).

avait largement dilaté toute la séreuse du côté latéral droit de l'abdomen (1) ». Il est certain, et mes souvenirs personnels sont très précis sur ce point, que le péritoine pariétal postérieur présentait une laxité considérable qui rendit très facile la formation de la cloison, et que, de plus, dans la deuxième partie de son intervention qui porta sur le rein luxé jusqu'au promontoire, M. Péan se servit encore de ce péritoine pariétal postérieur pour former, au-dessous du rein

(1) PÉAN : *Congrès Chir.*, 1896, p. 490, 498.

remis en place, une sangle de soutènement en suturant la face profonde de la séreuse au muscle et à l'aponévrose. Chez la deuxième malade de M. Péan, elles étaient beaucoup moins marquées, mais encore suffisamment pour que, en empruntant du péritoine au méso-colon transverse, au péritoine pariétal, latéro-postérieur, il ait pu aisément établir son cloisonnement. Chez sa troisième malade, qu'il opéra à son hôpital en décembre 1897, il semble, à la lecture du manuel opératoire, qu'il ait modifié légèrement son procédé; il y est dit : « Quand elle est réduite (la masse hépatique), je l'empêche de se luxer à nouveau en établissant au-dessous d'elle *une cloison transversale avec le péritoine pariétal latéro-postérieur, que j'incise de droite à gauche jusqu'à la colonne vertébrale en rasant le feuillet supérieur du méso-colon transverse. Je mobilise la lèvre supérieure et je la fixe par des anses séparées de soie fine au péritoine pariétal antérieur en passant ces fils à travers les muscles et le périoste des côtes qui forment le bord antérieur du thorax. J'obtiens ainsi une belle cloison transversale qui soutient le gros lobe et la partie voisine du foie. Il ne me reste plus qu'à fermer la cavité péritonéale au-dessous de cette cloison, ce qui est facile, grâce à la mobilité de la lèvre inférieure du péritoine postérieur divisé qui me permet de l'attirer et de le suturer au péritoine pariétal antérieur.* (1) » La modification, on le voit, est de peu d'importance. Au lieu de pincer le péritoine pariétal postérieur et de former avec lui un pli qu'il amène au contact du péritoine antérieur, il a incisé son péritoine postérieur et a mobilisé successivement ses deux lèvres supérieure et inférieure pour en former la cloison. Je n'assistais pas à cette opération et ne sais ce qui l'a engagé à opérer ainsi.

4^e temps : *Fermeture du ventre.* — C'est le temps termi-

(1) Ce passage, comme tout le manuel opératoire de cette observation, a été rédigé par M. Péan lui-même; j'ai pu le copier grâce à l'obligeance de M^{me} Péan qui a bien voulu mettre à ma disposition le livre de notes sur lequel mon vénéré maître écrivait chaque soir le récit de ses opérations de la journée, y adjoignant souvent, pour plus de clarté, des croquis à la plume.

nal de toute laparotomie. Pendant de longues années, M. Péan fermait le ventre au moyen d'anses de soie séparées, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, et j'ai eu occasion de voir de ses anciennes opérées, entre autres celle sur laquelle il fit sa première splénectomie en 1867, et dont aujourd'hui encore la cicatrice, qui a bien 25 à 28 centimètres de longueur, est parfaitement linéaire, solide, résistante. Mais dans ses dernières années, ainsi que les chirurgiens ont tendance à le faire, il pratiquait la suture à trois étages, sérieux, musculo-aponévrotique, cutané, les deux premiers au catgut, le troisième volontiers au crin en surjet ou à anses séparées très rapprochées.

J'ai dit, en décrivant le premier temps de l'hépatopexie, pourquoi je ne parlais pas de l'incision de Depage (de Bruxelles), c'est qu'aucun des temps qui constituent l'opération de ce chirurgien ne concorde avec ceux de l'hépatopexie telle que je l'ai décrite. Comme sa méthode, fort ingénieuse, présente un certain intérêt, je vais l'exposer rapidement :

Pour lui, ainsi qu'il le dit dans une lettre personnelle adressée à M. Auvray, « il considère l'hépatopexie comme secondaire; l'acte principal est la laparectomie; par elle on tend la paroi du ventre, on resserre les viscères, on s'oppose à leur ballonnement. »

Partant de ce principe, son procédé consiste à faire une incision transversale de la partie antérieure de la onzième côte à la partie antérieure de la onzième côte du côté opposé. Des extrémités de cette incision deux autres incisions, de moitié moins longues que la première, descendent obliquement jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic; et de l'extrémité inférieure de chacune de ces incisions, une incision courbe convexe en dehors se rejoignant au-dessous de l'ombilic après avoir circonscrit les trois quarts d'un losange et forment une pointe assez prononcée en bas. La peau, les aponévroses, le péritoine, compris dans l'espace ainsi délimité, sont enlevés. Après avoir fixé le ligament ombilical ainsi que le ligament falciforme dans l'angle supérieur de la plaie, de façon à les raccourcir, la ligne de suture est établie de façon

que, terminée, elle ait la forme d'un T. Pour assurer la solidité de cette suture, M. Depage ne fait pas moins de sept plans : un pour la séreuse, un pour les muscles et la séreuse, un pour les muscles seuls, un pour les muscles et l'aponévrose, un pour l'aponévrose seul, un pour la peau et les couches sous-jacentes, un pour la peau seule.

Résultats médiats et immédiats. — Sur les vingt-et-une opérations pratiquées, il y a eu trois morts; ce chiffre est évidemment beaucoup trop élevé et ce serait se faire une idée fausse de l'hépatopexie de dire qu'elle entraîne une mortalité de 15 0/0.

Des trois décès, l'un (malade de Desguin) est dû à une péritonite; le second (malade de Depage) au shock, outre la laparectomie dirigée contre l'hépatoptose, on avait fait une cholédocotomie, et l'opération avait été fort longue; le troisième (le malade de M. Péan) a succombé le deuxième jour sans température ni phénomènes locaux ou généraux, pouvant faire croire à une infection quelconque. Arrivée au dernier degré de l'émaciation et de la faiblesse, elle ne pouvait attendre de soulagement que d'une intervention, mais elle venait s'y soumettre alors qu'elle n'était plus en état de supporter la moindre secousse. Car il est difficile de penser aujourd'hui, avec l'habitude qu'on a de la chirurgie abdominale, et qui permet de se rendre compte de la valeur des traumatismes opératoires, qu'une intervention qui consiste à faire une laparotomie transversale, et à suturer l'un à l'autre des feuillets péritonéaux, puisse être bien dangereuse. En fait, les deux autres malades ont guéri aussi facilement que si elles avaient subi une simple laparotomie exploratrice.

Si maintenant on cherche à se rendre compte des résultats éloignés, il ne semble pas qu'il y ait encore beaucoup de malades sur lesquelles on ait des renseignements précis après un certain temps écoulé.

La malade de M. Gérard-Marchant (1891) après avoir subi une néphropexie quelque temps après son hépatopexie, se portait bien quand elle fut revue huit mois après, pourtant son foie était un peu abaissé à nouveau. La malade de

Langenbuch a été revue trois mois après ; elle était guérie. Celle de M. Richelot se trouvait si bien trois mois après qu'elle ne voulait plus porter de ceinture ; elle pouvait marcher longtemps. La malade de M. Lannelongue (1893) a été revue deux ans et neuf mois après son opération. Le résultat était bon, et, détail à noter qui a bien son importance, la cirrhose n'avait pas progressé. Il faut se rappeler que chez cette malade, le foie n'avait pu être réduit complètement. Pour la malade de Bobroff (1893), amélioration simple. L'ictère a reparu après avoir diminué. Il n'y a pas de douleurs quand la malade est couchée ou qu'elle marche doucement. Au bout d'un an, la malade d'Areilza (1896) est signalée en bon état, avec le foie en place. Les malades de Franke sont revues à peu de distance de l'intervention : Malgré une grossesse survenue, la malade de H. Delagénère était bien portante au bout de treize mois. Celle de M. Lucas Championnière était guérie, mais il y avait encore peu de temps écoulé. M. Ramsay, après un an, donne sa malade comme allant bien.

Les malades de M. Depage qui ont survécu, deux sur trois, semblent bien guéries, et leur guérison a été constatée à une assez longue distance pour qu'on puisse la compter comme définitive. Revues depuis 1893 à plusieurs reprises, l'une, malgré ses soixante-dix ans, avait un ventre dont la fermeté égalait celle d'un ventre de jeune fille ; la seconde, plus jeune, ne souffre plus.

Quand M. Péan communiquait au Congrès son observation, le côté intéressant de sa communication était le manuel opératoire employé. Il était non moins intéressant de connaître, pour cette malade, le résultat qu'on peut maintenant, à deux ans de distance, considérer comme définitif. Ayant assisté à l'opération et ayant été à même de suivre de près cette malade pendant sa convalescence, il m'était facile de la retrouver. Elle est venue me voir à l'hôpital Péan le 9 juin 1898, et j'ai tenu à préciser quelques points de son passé : c'est ainsi qu'elle me dit faire remonter le début de ses souffrances à cinq ans avant son opération, et les deux

années données par M. Péan comme étant la durée de sa maladie, étaient en réalité le temps pendant lequel elle fut réduite à une impotence presque absolue, ne pouvant marcher plus d'un quart d'heure sans avoir des syncopes ou des crises nerveuses. Elle ne pouvait aller en voiture ni en tramway, et voyait encore ses souffrances s'exaspérer au moment de ses règles. Déjà nerveuse, cette jeune femme avait vu son nervosisme s'accroître encore et prendre des proportions telles que, suivant son expression, « la vie n'était plus tenable ». Actuellement elle peut marcher deux heures dans Paris sans ressentir aucune douleur, mais ressent encore quelques tiraillements dans le flanc droit au moment de ses époques. Son état nerveux s'est amélioré mais persiste encore et est en grande partie cause de ses souffrances; car de son propre aveu, elle ne souffrira pas après une promenade de deux heures, mais souffrira si elle a des ennuis.

Il faut ajouter que de la période antérieure à son opération, elle a gardé un tel souvenir qu'elle se ménage beaucoup et s'étudie trop. Elle a continué à porter sa ceinture. A l'examen physique, le foie, de volume normal, ne dépasse pas les fausses côtes ni dans la station couchée ni dans la station debout, et on peut déprimer la paroi abdominale au-dessous du rebord costal sans lui faire éprouver de douleur. Il est donc manifeste que la glande hépatique a été maintenue en situation normale sans qu'il y ait la moindre tendance au prolapsus. L'éventration signalée par M. Péan existe toujours naturellement, mais en somme sans être ferme, son ventre ne rappelle en rien le « *ventrum pendulum* » de Landau et il est ce qu'est communément le ventre d'une femme de son âge qui a eu deux grossesses et qui est restée mince.

La malade qui fait le sujet de la troisième observation qu'on trouvera à la fin de ce travail est opérée depuis trop peu de temps pour qu'on puisse juger du résultat définitif. Quatre ou cinq mois ne sont pas suffisants pour savoir si elle est définitivement guérie. Tout ce que j'en puis dire, c'est qu'elle peut marcher, aller et venir sans souffrir et qu'elle

s'alimente mieux qu'autrefois. Reste sa nervosité qui est encore très exagérée bien qu'il y ait une amélioration sérieuse.

Je n'ai pas la prétention de discuter ici les divers procédés que j'ai rapidement exposés et que des chirurgiens connus par leur expérience et leur habileté, ont été conduits à employer soit de propos délibéré, soit poussés par l'inspiration du moment. Il se peut d'ailleurs que les procédés ne soient pas comparables entre eux et qu'il soit utile d'établir des indications différentes selon les malades auxquelles ils s'adressent et qui pourraient bien, elles aussi, ne pas être comparables entre elles.

Par exemple, les malades de M. Depage sont signalées comme ayant eu des parois flasques, des éentrations considérables, un foie simplement abaissé. Là, la cause principale des douleurs est peut-être due en effet à la disparition de la sangle abdominale, maintenant les viscères au contact. Il se pourrait que la laparectomie, en rétablissant ce soutien, suffise pour remédier au mal.

La première malade de M. Péan, petite, mince, avait bien une éentration c'est vrai, et son ventre n'était pas très ferme, mais il ne pouvait vraiment pas être considéré comme un ventrum pendulum; sa paroi abdominale n'était pas ridée, ni plissée comme on l'observe chez les malades à ptoses généralisées, elle portait des vergetures, mais ni plus accentuées ni plus nombreuses que ne le comportaient les deux grossesses qu'elle a eues. Et cependant son foie, selon l'expression de M. Péan, était totalement luxé et était pour ainsi dire tombé dans la fosse iliaque. Voilà peut-être des choses différentes, ne réclamant pas le même traitement. Le traitement chirurgical de ces sortes d'affections est en somme récent, et l'expérience que nous apporteront les années, à mesure que le nombre de malades opérées par les différentes méthodes augmentera, ainsi que le temps écoulé depuis les premières interventions, nous manque peut-être encore pour poser fermement les indications et contre-indications de l'hépatopexie. Néanmoins il semble que l'on pourrait dès maintenant proposer de préférence la laparectomie chez les femmes à

paroi abdominale flasque, à ptoses généralisées, sans que le foie soit très luxé, et alors que son déplacement ne dépasse pas le premier degré indiqué par M. Péan, mais qu'à partir du deuxième degré confirmé, à plus forte raison du troisième degré, on cherchera, après avoir réduit le foie, à le maintenir en place en établissant au-dessous de lui une cloison transversale, en suturant le feuillet péritonéal pariétal postérieur au feuillet antérieur, selon les règles indiquées par M. Péan.

Déjà, en effet, M. Jonnesco (1) à propos des fixations renales, reproche aux fils laissés à demeure dans l'épaisseur de la glande d'y déterminer des zones de sclérose. Si le fait se confirmait, il en serait évidemment de même pour le foie. En tout cas, le procédé de M. Péan échapperait à des reproches analogues. Il ne peut en aucune façon apporter de gêne au fonctionnement d'aucun organe. Enfin s'il en faut juger par le cas observé par nous à distance, il soutiendrait le foie d'une façon absolue, puisqu'aujourd'hui encore, après deux ans écoulés, il n'y a pas la moindre tendance au prolapsus.

(1). JONNESCO : *Congrès de chir.* 1896.

OBSERVATIONS

I

Observation présentée au Congrès chirurgical, 1896, par M. Péan

Luxation complète du foie et du rein droit; — fixation des deux organes au moyen d'un sac péritonéal artificiel. — Guérison.

Mme O..., vingt-neuf ans. Réglée à quinze ans; mariée à vingt et un ans. Deux enfants bien portants. La malade se plaint depuis deux ans de douleurs iléo-abdominales très intenses (1), de troubles digestifs allant jusqu'aux vomissements et de désordres du côté des voies urinaires. Ces douleurs ont attiré l'attention de plusieurs confrères du côté de la fosse iliaque et, bien que celle-ci soit en partie masquée par le muscle droit antérieur de l'abdomen, séparé de son congénère par une éventration, il est possible, mais non sans y mettre quelque soin, de reconnaître, au-dessous de ce muscle, dans la fosse iliaque une tumeur réniforme, très mobile, qu'on peut facilement faire passer sous les côtes. Au palper, la forme et la consistance de la tumeur sont si bien celles d'un rein hypertrophié et luxé dans le bassin que ce diagnostic n'a été mis en doute par aucun de ceux qui

(1) Dans l'examen que nous avons fait de cette femme le 9 juin 1898, nous avons appelé son attention sur les faits antérieurs à l'observation. En réalité, le début des souffrances remonte à cinq ans; depuis deux ans, elles l'avaient réduite à une impotence presque complète puisqu'elle ne pouvait marcher plus d'un quart d'heure sans avoir des crises douloureuses allant jusqu'à la syncope: à l'époque des règles, il y avait une exacerbation marquée: mes souvenirs sont très précis sur ce point.

l'ont examinée. En raison des douleurs, la malade exige l'intervention chirurgicale.

Opération le 30 juin 1896. — Vu le siège pelvien de la tumeur, je donne la préférence à l'incision transversale. La section est faite d'arrière en avant du bord antérieur du carré lombaire, dans la direction de l'ombilic, sur une longueur de 15 centimètres. Elle met à nu le péritoine pariétal ; à ce moment je suis surpris de voir que ce feuillet séreux est refoulé en dehors, en avant et en arrière, beaucoup plus qu'à l'état normal et surtout que dans les cas où le rein descend dans le bassin ; dans ce dernier cas, en effet, la portion latérale du péritoine pariétal tend à s'écarter de plus en plus des muscles et il est facile de la reporter en dedans avec les doigts en la décollant un peu dans la direction du rein. Chez notre malade, il n'en est pas ainsi : la tumeur mobile n'est pas extra-péritonéale, elle est manifestement placée à l'intérieur de la séreuse, bien qu'elle simule un rein hypertrophié, et une fenêtre pratiquée dans la séreuse est nécessaire pour compléter le diagnostic. Je vois aussitôt que c'est le foie lui-même qui a refoulé le feuillet péritonéal en dehors, beaucoup plus qu'à l'état normal, et qu'il est mobile au point qu'on peut à volonté le faire descendre dans le bassin ou remonter sous les côtes. Quant au rein lui-même, il est impossible de savoir à ce moment où il est situé. En déprimant la portion supérieure de la tumeur, je reconnais que c'est la face supérieure du foie qui est descendue dans le bassin, que la veine cave est repliée sur elle-même, que le ligament suspenseur est très allongé, bascularisé et qu'il est complètement impossible de voir la face inférieure de la vésicule biliaire et ses canaux excréteurs. En la relevant jusqu'à la remonter sous les côtes, la face inférieure du foie se trouve comme dépliée et on voit apparaître la vésicule et ses canaux, de couleur blanchâtre, remplis d'un liquide peu coloré reprenant aisément leur position normale. Dans leur ensemble, tous ces organes sont de volume moindre qu'à l'état normal ; à coup sûr, il n'y a pas trace d'hypertrophie pour expliquer la chute du viscère.

La réduction du foie opérée, il s'agissait de la maintenir. Tout d'abord je fais soutenir le foie par la main d'un aide et je renonce à le transfixer avec des fils de soie, comme je l'ai souvent fait pour des déplacements de petit lobes hépatiques ou dans les cas d'excision partielle de la glande, quand il s'agissait d'hémorragies que ne pouvaient arrêter ni le pincement, ni les cautérisations.

En attachant le foie aux côtes, on a pu, il est vrai, dans certains cas, obtenir une bonne hémostase et des adhérences solides, mais pour un déplacement aussi considérable que celui que nous avons sous les yeux, il faudrait transfixer profondément toute la masse du viscère sur plusieurs points et s'exposer ainsi à produire de graves désordres. Je pense que le mieux est de créer au-dessous du foie une cloison séreuse artificielle, transversale, d'une longueur suffisante pour prévenir tout déplacement ultérieur. J'y parviens sans difficulté en adossant, immédiatement au-dessus de l'organe réduit, le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec son feuillet postéro-latéral, au moyen de fils de soie à anses séparées, comprenant ces séreuses, et partout où cela est possible, une certaine épaisseur de tissu fibro-celluleux ou fibreux. Je renforce ensuite cette suture par un surjet de catgut.

Ainsi se trouve formé un plancher solide, séparant complètement la nouvelle loge hépatique du reste de la grande séreuse et ne gênant en rien le bon fonctionnement des canaux biliaires. Ce cloisonnement artificiel a été d'autant plus facile à établir que la glande hépatique, en se luxant dans le bassin, avait repoussé devant elle le colon ascendant et le transverse de droite à gauche et qu'elle avait largement dilaté toute la séreuse du côté latéral de l'abdomen.

Bien entendu, les aiguilles et les fils qui ont servi aux sutures ont été passés par l'ouverture faite au péritoine, au niveau de l'incision abdominale ; cela nous permet de refermer ensuite la plaie péritonéale par un nouveau surjet de catgut et d'intercepter toute communication de sa cavité avec l'extérieur.

Il importe alors de découvrir le rein droit. Sans peine, nous constatons qu'il n'est pas à sa place habituelle, en arrière du péritoine, dans la région lombaire et iliaque. Nous décollons le plus possible avec la main le feuillet postérieur jusqu'au cœcum, qui est lui-même refoulé dans le bassin ; nous finissons ainsi par mettre à nu la face antérieure de l'os iliaque, du psoas, du muscle iliaque, etc., et les vaisseaux qui recouvrent le détroit supérieur, toujours sans voir ni sentir le rein, il nous faut poursuivre le décollement jusqu'au devant de la première vertèbre sacrée, et c'est seulement en ce point que nous sentons le rein placé au devant de la face antérieure de cet os sur la ligne médiane ; il présente un volume à peu près normal, mais on sent qu'il est déformé, comme bosselé ; l'artère et la veine sont considérablement dilatées, allongées, incurvées dans la direction du hile. A cette profondeur, et ne voulant pas ouvrir le péritoine, mais simplement le décoller, il faut beaucoup de prudence pour ne pas déchirer les muscles, les vaisseaux et l'uretère qui est lui-même coudé et disséminé dans le tissu cellulo-adipeux, assez adhérent par places aux organes voisins ; celui-ci entoure le rein en même temps que la capsule surrénale et les maintient fixes et adhérents dans la région. En raison de la situation du rein sur la ligne médiane, la pensée me vient qu'il s'agit peut-être d'un de ces reins uniques qui se rencontrent de préférence en ce point. Pour ce motif, j'hésite d'abord à l'énucléer totalement, mais après avoir minutieusement examiné l'uretère et les vaisseaux, ainsi que le rein jusqu'au hile, je vois que l'organe n'est pas rattaché à un congénère ; dès qu'il est complètement isolé, sans perte de sang, du reste, je l'attire aisément à la place normale, en même temps que l'uretère et ses vaisseaux, qui reprennent aussitôt leur situation régulière.

Comment maintenir à leur tour ces organes à leur place normale dans la loge lombaire et les empêcher de retomber dans le bassin ? Je songe que le mieux, au lieu de transfixer le rein à sa partie supérieure pour l'attacher aux côtes ou aux muscles voisins, comme je l'ai fait si souvent dans

d'autres circonstances, est de créer au-dessous de lui une sorte de loge artificielle, en incisant le muscle transverse et en reliant, par des sutures de soie à anses séparées et par des surjets de catgut, la face profonde du péritoine pariétal déjà décollé aux bords sectionnés de l'aponévrose profonde du muscle transverse ; de cette façon, je forme au-dessous de l'extrémité inférieure du rein un sac de soutien séro-fibro-muscleux, destiné à l'empêcher de retomber dans le bassin.

Les fils comprenaient, en effet, dans leurs anses, outre la séreuse, les lèvres du muscle et de l'aponévrose situés au-dessous du rein, au niveau de la partie supérieure de la fosse iliaque. Je constate alors que la loge ainsi créée est suffisamment solide pour maintenir la partie inférieure du rein, mais qu'en raison de la tension qui a lieu à distance sur la face postérieure du péritoine pariétal et sur la partie profonde de la paroi abdominale, la partie supérieure du rein a une légère tendance à faire hernie au dehors. Pour éviter cet inconvénient, je ferme à étages le reste de la plaie musculaire et cutanée, de façon à recouvrir un peu la face antérieure du rein et à la fixer encore dans sa nouvelle position.

Le cloisonnement intra-péritonéal que j'ai fait au-dessous du foie, ayant attiré la face postérieure de la séreuse, en haut et en dedans, je vois qu'au-dessus du rein, le tissu cellulaire qui sépare la face externe de la séreuse de la couche musculaire, reste écarté. Craignant que, dans cette loge, des liquides s'accumulent les jours suivants, je place en ce point un tube de drainage dont les extrémités sortent libres en arrière, à la partie inférieure et déclive de la plaie.

Les suites de cette double opération sont excellentes. Le premier jour, la température ne dépasse pas $37^{\circ} 5$; le second, elle monte à $38^{\circ} 3$, pour redevenir et rester normale pendant la convalescence. Le premier pansement est fait le sixième jour, et renouvelé à plusieurs reprises ; le tube est retiré le douzième jour ; la suppuration, qui est abondante les premiers jours, est presque entièrement tarie le vingtième.

Mais, à ce moment, je vois, à ma grande surprise, appa-

raître une fistule urinaire (néphro-cutanée), due au passage d'un fil de soie, qui m'a servi à transfixer le rein, et qui donne jusqu'à un demi-litre d'urine dans les vingt-quatre heures.

Grâce à quelques cautérisations au nitrate d'argent, cet écoulement disparaît au bout d'un mois.

Depuis cette époque, la malade est complètement guérie.

II

(Inédite).

Malade de M. Péan : Chute totale du foie hypertrophié ; fixation par son procédé. — Néphroptose concomitante. — Mort le deuxième jour, de shock.

M^{me} A., 49 ans. Grande, très amaigrie. Réglée à 12 ans, mariée à 25. Onze enfants. Depuis sept ans, coliques hépatiques. Depuis un an, les névralgies sont très aiguës, continues, accompagnées de dyspepsie, de nausées; le teint est plombé, l'amaigrissement considérable, par suite du défaut d'alimentation presque absolu depuis six semaines, et le nervosisme inquiétant.

Le palper et la percussion montrent que le foie descend au-dessous de l'ombilic, jusqu'à la crête iliaque, si bien que Potain et Hanot, appelés en consultation, sont disposés à croire qu'il s'agit d'un kyste hydatique profondément situé dans cet organe. L'absence de fluctuation, l'abaissement total du foie me portent, au contraire, à supposer qu'il s'agit d'une luxation totale.

Paroi abdominale mince, incisée parallèlement au rebord des fausses-côtes, à 3 centimètres au-dessous de ce rebord, commençant à la ligne médiane et s'étendant à droite (13 cent. à la peau, 12 aux muscles, 8 au péritoine). La main introduite dans la cavité péritonéale constate, ainsi que la vue, que le

foie est abaissé en totalité, entraînant avec lui la face inférieure du diaphragme, qui bombe du côté de l'abdomen, comme s'il était refoulé en bas par un double pneumothorax. La face supérieure est ridée, parsemée de taches de sclérose. En soulevant son bord antérieur et sa face inférieure, je constate que la vésicule biliaire est complètement renversée sur elle-même, et que ses canaux sont coudés, de même que la veine cave et la veine porte. Je refoule tous ces organes, ainsi que le diaphragme, le plus haut possible sous les côtes, de façon à leur rendre leur situation normale et je les fais maintenir dans cette position par les aides, au moyen d'éponges et de compresses de gaze aseptiques. Je constate alors que le rein droit est un peu abaissé; que son volume, ainsi que celui de la rate, est le double de l'état normal, ce qui explique pourquoi, à la percussion, on avait cru à un pneumothorax avant l'opération; que l'estomac est un peu dilaté, et que le pancréas et le duodénum, ainsi que le méso-colon transverse, ne sont pas altérés.

L'augmentation de volume du foie est telle qu'il est difficile de le maintenir sous les côtes, d'autant plus qu'il a perdu son droit de domicile, et d'assurer son maintien avec le péritoine, emprunté au méso-postérieur de la cavité abdominale. Je parviens néanmoins, à l'aide de mon procédé, à rétrécir la loge anormale qu'il s'était créée, et le maintenir en place. Ceci fait, je replace le rein dans sa situation normale, par deux fils de soie qui traversent son bord externe, et le foie aux aponévroses des muscles obliques. Je ferme ensuite la plaie abdominale à étages, le péritoine et les muscles avec des surjets de catgut; la peau avec des crins de Florence, et je mets deux fils de soie de renforcement.

Malheureusement, cette femme était trop affaiblie et cachectisée par la douleur et le manque d'aliments, et bien que l'opération n'eût, en somme, constitué qu'un traumatisme peu important, elle succomba le deuxième jour, sans avoir présenté de signes de péritonite ou de septicémie.

III

(Inédite).

Hôpital Péan : hépatoptose et néphroptose double. — Douleurs. — Troubles urinaires. — Hépatopexie et néphropexie droite. — Guérison.

M^{me} R. 43 ans. Père mort à 73 ans d'hémorragie cérébrale. Mère morte à 65 ans, cardiaque et diabétique. Trois frères, un mort hydrocéphale en bas-âge, un mort d'affection infantile banale, un bien portant. Deux sœurs, une atteinte d'aliénation mentale, une bien portante.

Pas d'antécédents personnels : réglée à 13 ans bien. Mariée à 19 ans, infection utérine, probablement gonococcique dès les premières semaines; leucorrhée persistante depuis; à 22 ans, grossesse normale, accouchement normal, enfant mort à 13 jours; levée le 12^e jour après sa couche, a commencé à souffrir dans le bas-ventre : pesanteur, tiraillements; à 25 ans, phénomènes dyseptiques, palpitations, céphalalgie, nervosité exagérée, crises de larmes. Les douleurs augmentent, ont un siège et des irradiations variables dans le ventre, la région lombaire, obligeant la malade à garder le lit. En 1893, elles prennent un caractère d'intensité tel, et se caractérisant plutôt par des tiraillements, que la marche est devenue impossible. Après un séjour au lit prolongé, amélioration. L'année suivante dans un hôpital, on lui parla de rein flottant. Vers cette époque, apparition de troubles dans la miction et la sécrétion urinaire, envies d'uriner fréquentes, ténésme vésical, quantité d'urine variable, urine parfois trouble, parfois hémorragique.

A l'entrée dans le service de M. Péan, cette femme présente des troubles analogues. Nervosité extrême, digestions laborieuses, constipation opiniâtre, urines ne contenant ni sucre, ni albumine, mictions plus faciles et accompagnées d'un peu de cuisson sans ténésme, utérus antéversé, foie douloureux à la pression, semble petit. Diagnostic difficile, à cause de la sensibilité des régions des hypochondres.

Opération, le 22 décembre 1897 : Chloroformisation.
Il est facile de sentir que le rein gauche est mobile, de volume normal, tandis que le rein droit est très gros et descend dans la fosse iliaque, d'où il est facile de le faire remonter: on peut alors l'explorer facilement, au moment où il rentre dans sa loge habituelle.

Incision transversale de la paroi. Arrivé au péritoine, en avant, je trouve que le foie est abaissé. J'ouvre le feuillet péritonéal antérieur, je vois que le foie est abaissé de façon que sa face supérieure est antérieure, son bord inférieur tourné en dedans et en arrière. En le faisant relever par la main d'un aide garnie de gaze aseptique, on voit que la vésicule biliaire, la veine cave, la veine porte sont repliées et coudées, ce qui est une cause manifeste de douleur. En raison sans doute de l'ancienneté du déplacement, il est difficile de refouler la masse hépatique sous les côtes. Quand elle est réduite, je l'empêche de se luxer à nouveau en établissant, au-dessous d'elle, une cloison transversale avec le péritoine pariétal latéro-postérieur que j'incise de droite à gauche jusqu'à la colonne vertébrale en rasant le feuillet supérieur du méso-colon transverse. Je mobilise la lèvre supérieure et je la fixe, par des anses séparées de soie fine, au péritoine pariétal antérieur, en passant ces fils à travers les muscles et le périoste des côtes qui forment le bord antérieur du thorax. J'obtiens ainsi une belle cloison transversale, qui soutient le gros lobe et la partie voisine du foie. Il ne me reste plus qu'à fermer la cavité péritonéale au-dessous de cette cloison, ce qui est facile, grâce à la mobilité de la lèvre inférieure du péritoine postérieur divisé, qui me permet de l'attirer et de le suturer au péritoine pariétal antérieur de droite à gauche jusqu'à la cloison.

Bien que le rein soit peu mobile, je le fixe aux muscles par deux fils de soie. Je ferme ensuite à étages l'atmosphère graisseuse, les muscles, la peau avec des surjets de catgut. Drainage de la partie postérieure de la plaie.

Le soir T=37.3. P 80.

Le 30 déc. T. m. 37.5 P. 85. Ts. 88. P. 92.

Le 31 déc. T. m. 37. P. 100. Ts. 38. P. 100.

On refait le pansement qui est imbibé de sérosité, louche, teinté de sang.

Le 1^{er} janvier T. m. 37.2. Ts. 37.8.

Le 2 janvier T. m. 37.

Depuis, la température n'a pas dépassé 37.2. Le drain a donné passage à une suppuration abondante qui s'est tarie au bout d'une quinzaine de jours. Les trois quarts antérieurs et latéraux de l'incision se sont réunis par première intention, la suppuration a dû se produire au niveau de la suture des muscles postérieurs ou de l'atmosphère graisseuse du rein : la malade sort six semaines après, en bonne santé, ne souffre plus : elle peut marcher, aller et venir, et a été revue ces jours derniers, satisfaite de son état.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AREILZA. — *Rivista di medicina yirurgica practica*, 5 juillet 1896, p. 24.
- BLANC. — Hépatopexie pour une hépatoptose totale. *Lyon médical*, 1897. t. LXXXV, p. 227.
- BLET. — Étude sur le foie mobile. Thèse de Paris, 1876.
- BOBROFF. — Hépatopexie dans l'abaissement du foie. *Lietopiss rouskoï chir.* St-Petersbourg, 1896, n° 3, p. 380-383.
- BOTKINE. — Sur le foie déplacé et mobile. *Éjened klin. Gaz.* St. Pétersb. 1884. t. IV.
- CANNIOT. — Résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. Th. de Paris, 1891.
- CANTANI. — Caso di fegato ambulante. *Annal. univ. di med.* Milan, 1886, p. 373.
- CHEVALLIER. — Technique de l'hépatopexie (procédé de Legueu). Th. Paris, 1898.
- CHVOSTECK. — Eingall von Wauderner Leber. *Wien. med. Press.* 1875. xvii.
- COUTURIER. — Contribution à l'étude de l'hépatopexie. Th. Bordeaux, 1895.
- CRUVEILLIER. — Anat. descript. 2° éd. T. III. Paris, 1843, p. 366 et suiv.
- CURTJUS. — Sympt. und Etiologie der Wanderleber in Anschluss an einen solchen Fall. Th. Halle, 1889.
- DELAGENIÈRE. — Cirrhose du foie et hépatoptose. Hépatopexie et cholecystotomie. Guérison. *Arch. prov. de chir.* Paris, 1897. t. VI, p. 310-316.
- DEMARQUAY. — Bull. Soc. anat. Paris, 1849. t. XXIV, p. 21.
- DEPAGE. — De l'intervention chir. dans la splachnoptose. Bruxelles, 1893.
- DESGUIN. — Ann. Soc. méd. d'Anvers, 1892.
- DOVERNOY. — Le foie mobile. Th. Paris, 1898.
- DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. — Traité de diagn. chir. Paris, 1897, p. 367 et suiv.
- FAURE. — Appareil suspenseur du foie. Hépatoptose et hépatopexie. Th. Paris, 1892.
- FRANKE. — Zur Technik der Hepatopexie. *Centralb. f. Chir.* Leipzig, 1896. XXIII, p. 775-779.
- GARNETT. — Accident. and sudden dislocation of the liver. *Ann. J. méd. scienc.* Philadelphia, 1881, 4, t. XXXI, p. 110-113.
- GÉRARD MARCHANT. — Académie de méd., 11 août 1891 et in Th. de Faure.

- GLÉNARD. — De l'entéropose. *Lyon méd.*, 1885.
— Entéropose et neurasthénie. *Soc. méd. des hôpitaux*. Paris, mai 1886.
— De la palpation du foie par le procédé du Pouce in Thèse de Francon. Lyon, 1888.
— De la palpation du foie et du foie mobile. *Revue des mal. de la nutr.* 1896-1897.
- HAYEM. — La maladie du corset. *Arch. de med.* 1895. p.
- HEISTER. — *Acta physico medica naturæ curiosorum*. Nuremberg, 1754, p. 1-4.
- JONNESCO. — *Anat. top. du duodénum*. Paris, 1889, p. 85.
- KIRMISSON. — *Bull. soc. an.* Paris, 1880, t. LV, p. 112-114.
- LANDAU. — Die Wanderleber und der Hängebauch der Frauen, Berlin, 1885.
- LANGENBUCH. — Ein Fall von Resection eines linckseitigen Schnür-lappen der Leber. *Berlin, Klin. Wochens.* 1888, xxv, p. 37.
- LANNELONGUE et FAGUET. — Congrès de Bordeaux, 1895.
- LONGUET. — Absence congénitale des ligaments du foie. *Bull. Soc. Anat.* Paris, 1874, p. 186.
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} avril 1897.
- MEISSNER. — Die wandernde Leber in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft Geburt und Wochenbett. *Schmidt's Jahrb.* Leipzig, 1869, p. 107-114.
- PÉAN. — La luxation du foie et du rein. Son traitement par un procédé spécial (Néphropexie et Hépatopexie simultanées). X^e Congrès français de chirurgie. Procès verbal, etc. Paris, 1896, p. 490-498. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. T. IV. (En publication.)
- PIATELLI. — Un secondo caso di fegato ambulante. *Riv. clin. di Bologna*, 1868, III, p. 239-243.
- RAMSAY (F.-W.). — Fixation of liver and both kidneys in a case of Glénard's disease *Brit. Med. J.* London, 1897, I, p. 1152.
- RENDU. — Dict. encycl. sc. méd. Art. Foie, 4^e série, t. III, p. 264.
- RICHELOT. — Gazette hebdomadaire méd. et chir., 1893, p. 342-343.
- RICHE. — Anatomie médico-chirurgicale, p. 805.
- SAPPEY. — Traité anat. descript., t. IV, p. 280.
- SEGOND. — In Traité de chirurgie, t. VII. p. 303 et suiv.
- SUTUGUIN. — Die Casuistik der Wanderleber. *Archiv. f. gynec.* Berlin, 1875, VIII, p. 531-533.
- SYMANOWSKI. — Deux cas de déplacement du foie. *Ejined. Klin. Gaz.* St-Pétersbourg, 1882, II, p. 65-81.
- SZIGETHY. — Cas rare de foie mobile. *Orvosi hetil.* Budapest, 1889, XXXIII, p. 442; trad. in *Pest. Med. chirur. Presse.* Budapest, 1889, xxv.
- TRUSH. — A. wandering liver. *Obst. Gaz. Cincin.* 1882, v, p. 337-343 et *Revue méd. chir des mal. des femmes.* Paris, 1882, IV, p. 561-569.
- TSCHERNING (E.-A.). — Beweglicher Schnürlappen der Leber durch Laparotomie fixirt *Centralblatt f. chir.* 9 juin 1888, p. 426.
- VOGELSANG. — Dislocation der Leber. *Memorab. Heiller*, 1872, XVI, p. 67-69.
- WASSILJEW. — Ectopia hepatis et lienis. *St-Petersbourg med. Wochenschrift*, 1876, p. 30.

CONCLUSIONS

1° Il existe dans l'hépatoptose totale trois degrés : au premier, le foie déborde les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt. Au second, sa face supérieure affleure l'ombilic. Au troisième, le foie tombe dans la fosse iliaque.

2° Le diagnostic, rendu souvent obscur par une symptomatologie dont aucun signe n'est pathognomonique, se basera surtout sur l'absence de la matité hépatique dans la région où elle existe d'ordinaire, et sur la présence dans le ventre d'une tumeur rappelant plus ou moins la configuration de la glande.

3° Le traitement médical devra toujours être tenté, et on pourra par lui soulager les malades atteintes d'hépatoptose au premier degré.

4° A partir du deuxième degré confirmé, et après échec du traitement médical, le traitement chirurgical peut être proposé aux malades et est efficace.

5° Il y a lieu de tenir compte qu'il peut y avoir des déplacements du deuxième et du troisième degré chez des malades ayant une paroi de résistance moyenne, ou au contraire des déplacements peu considérables malgré une ptose pariétale importante.

6° On aura à choisir entre les diverses méthodes d'hépatopexie, mais quand il s'agira de grands déplacements, on donnera la préférence à la méthode du *cloisonnement péritonéal transversal* de Péan.

Vu :

Le Président de Thèse :

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

